SOINS DE LONGUE DURÉE À L'INTENTION DES AÎNÉS: DES MODÈLES INNOVATEURS DES MEILLEURES PRATIQUES

Rapport préparé à la demande du Comité fédéral-provincial-territorial des hauts fonctionnaires (aînés) pour les ministres responsables des aînés

Mars 1999

On peut se procurer des exemplaires additionnels de cette publication à:

La Division du vieillissement et des aînés
Santé Canada, Indice de l'adresse : 1908A1
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4

Téléphone : (613) 952-7606
Télécopieur : (613) 957-7626
Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines

© Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1999

This publication is also available in English under the title:
Innovations in Best-Practice Models of Continuing Care for Seniors

Introduction

Au cours des dernières années, en raison notamment du vieillissement de la population du Canada, on a reconnu de plus en plus dans tout le pays la nécessité de fournir aux aînés des services de santé abordables et appropriés. En outre, on a davantage mis l'accent sur la prestation de services de santé innovateurs aux personnes âgées.

Aux fins de la présente étude, les « soins de longue durée » ou soins continus désignent l'ensemble du système ou le continuum de services visant à répondre à long terme ou durant une période indéfinie aux besoins des aînés en matière de soins de santé, de services sociaux et de soins personnels. Ces services incluent aussi bien les soins en établissement que les soins communautaires ou à domicile assurés aux personnes qui en ont manifestement besoin. Ces services peuvent être dispensés à court terme ou durant une période assez longue et indéterminée.

L'étude avait pour objectifs :

1. de rassembler de la documentation sur les initiatives récentes entreprises dans l'ensemble des provinces et des territoires au chapitre des soins de longue durée communautaires et en établissement;

2. de définir les caractéristiques des modèles de meilleures pratiques de soins de longue durée;

3. de passer en revue l'information disponible sur les initiatives récentes afin de documenter les éléments des meilleures pratiques adoptées.

Méthodologie

Pour recueillir l'information, nous avons fait appel à un questionnaire détaillé de cinq pages transmis par la poste. Ce questionnaire était conçu et administré de façon à permettre la collecte des données descriptives portant sur les initiatives de soins de longue durée. Nous demandions une description du programme, de son modèle et de son approche ainsi que les résultats de toute évaluation officielle ou officieuse réalisée. De plus, nous demandions aux répondants quelles seraient selon eux les principales caractéristiques d'un modèle de meilleure pratique. Environ 1 000 questionnaires ont été distribués dans les différentes régions en fonction des données démographiques de 1996 de Statistique Canada. De ce nombre, 151 ont été retournés remplis.

Ce rapport comprend seulement des renseignements sur les agences et les programmes qui ont répondu à l'enquête. Les réponses qualitatives expriment les opinions des

répondants et ne correspondent pas nécessairement aux politiques en place ou en développement dans les provinces et les territoires.

Caractéristiques des modèles de meilleures pratiques

Voici, par ordre d'importance, six des caractéristiques communes des modèles de meilleures pratiques de soins de longue durée définies par les répondants :

- **Orientation vers le consommateur et le client :** la mesure dans laquelle on reconnaît le droit du client de participer à la planification des services et celle dans laquelle lesdits services sont adaptés aux besoins du client.

- **Coordination et intégration :** la capacité d'assurer au fil du temps des services coordonnés et ininterrompus entre les divers programmes, praticiens, organismes et niveaux de service.

- **Efficience et souplesse :** l'obtention des résultats souhaités grâce à l'utilisation la plus rentable possible des ressources, de même que la mesure dans laquelle le programme, le service ou l'organisme est souple et apte à assurer les services.

- **Évaluation du programme :** une mesure des résultats consistant à recueillir de l'information en vue d'éclairer les décisions et d'évaluer l'efficacité des stratégies et des programmes.

- **Éducation :** le niveau de compétence du personnel et l'assurance du fait que les connaissances et les aptitudes des dispensateurs de services sont adaptées aux services offerts, de façon à assurer la prestation de soins de qualité.

- **Accès :** la capacité des gens d'obtenir des services au bon endroit et au bon moment en fonction de leurs besoins respectifs.

Ces caractéristiques ont été adoptées ou sont en voie de l'être par une majorité de répondants. D'autres ont été mentionnées par un petit nombre d'entre eux.

Évaluation

Le rapport renferme également une analyse des méthodes d'évaluation. Plus de la moitié (62 %) des répondants déclarent qu'une quelconque méthode d'évaluation est en place. Ils mentionnent les trois types suivants :

- satisfaction de la clientèle;
- évaluation de l'ensemble des services;
- mesure de l'efficience et de l'efficacité.

Défis du programme

Dans le questionnaire, on demandait aux organismes d'indiquer les grandes difficultés et les principaux défis auxquels ils font face dans le cadre de leurs programmes. Les sept défis mentionnés par les répondants sont, par ordre d'importance :

- **les restrictions de ressources**, y compris le manque de financement, d'employés et d'autres ressources. Plus de la moitié des répondants ont indiqué que les restrictions de ressources constituaient l'un des principaux défis auxquels ils font face dans le cadre de l'élaboration et de l'exécution de leurs programmes;

- **les attentes du public**, qui sont souvent supérieures à celles que peut combler le programme. Les clients ont souvent une perception très différente de leurs « droits » par rapport à leurs « besoins », de sorte qu'il est difficile de réduire la fréquence ou la nature des services offerts dans le cadre des programmes;

- **les facteurs géographiques**, le plus souvent considérés comme un défi pour l'exécution des programmes ruraux. Les conditions météorologiques, l'étendue des zones de prestation des services et les services de transport insuffisants rendent l'exécution des programmes difficile et nuisent à leur rentabilité;

- **le manque de compréhension des soins de longue durée**, qui peut nuire au soutien financier des programmes et en réduire la base de clients. Étant donné que le public n'est pas suffisamment bien informé des options de soins de longue durée, certains programmes peuvent avoir de la difficulté à attirer une importante clientèle;

- **la complexité accrue des besoins** et leurs niveaux d'acuité plus élevés, qui, selon les répondants, posent un défi sur le plan de l'élaboration et de l'exécution des programmes en les rendant plus complexes et habituellement plus coûteux;

- **la résistance au changement**, qui constitue un autre défi à relever dans le cadre de l'exécution des programmes;

- **le contexte politique et le contrôle des programmes et des services par les provinces** ont aussi été définis. Les programmes et les services sont soumis aux changements par suite des compressions budgétaires dans les secteurs de la santé et des services sociaux. Les modifications apportées au niveau gouvernemental affectent les organismes et, par conséquent, les clients.

Le présent document constitue le rapport final du projet Soins de longue durée aux aînés : des modèles innovateurs des meilleures pratiques. L'information qu'il renferme devrait être utile aux planificateurs, aux praticiens, aux chercheurs et aux décideurs pour l'adoption de modèles innovateurs de meilleures pratiques en matière de soins de longue durée aux aînés. Nous espérons qu'il aidera les aînés à acquérir davantage d'autonomie et une meilleure qualité de vie.

Table des matières

Sommaire 1

Table des matières 5

1.0 Introduction 7
- 1.1 Contexte 7
- 1.2 Objectifs 7
- 1.3 Méthodologie 8
- 1.4 Statistiques sur les répondants 10

2.0 Modèles de meilleures pratiques : principales caractéristiques 13
- 2.1 Orientation vers le consommateur et le client 13
- 2.2 Coordination et intégration 14
- 2.3 Efficience et souplesse 14
- 2.4 Évaluation de programme 15
- 2.5 Éducation 15
- 2.6 Accès 16
- 2.7 Autres caractéristiques de meilleures pratiques 16
- 2.8 Sommaire des réponses 18

3.0 Évaluation de programme 22
- 3.1 Satisfaction de la clientèle 22
- 3.2 Évaluation globale des services 22
- 3.3 Mesure de l'efficience et de l'efficacité 22
- 3.4 Sommaire des méthodes d'évaluation 23

4.0 Défis pour les programmes 25
- 4.1 Restrictions des ressources 25
- 4.2 Facteurs géographiques 25
- 4.3 Attentes du public 26
- 4.4 Mauvaise compréhension des soins de longue durée 26
- 4.5 Complexité accrue des besoins 27
- 4.6 Résistance au changement 27
- 4.7 Contexte politique et contrôle provincial des programmes et des services 28
- 4.8 Sommaire des défis pour les programmes 29

5.0 Initiatives récentes 31
- 5.1 Alberta 31
- 5.2 Colombie-Britannique 39
- 5.3 Manitoba 45

5.4 Nouveau-Brunswick 48
5.5 Terre-Neuve 49
5.6 Territoires du Nord-Ouest 50
5.7 Nouvelle-Écosse 51
5.8 Ontario 53
5.9 Île-du-Prince-Édouard 57
5.10 Québec 59
5.11 Saskatchewan 59
5.12 Yukon 61

6.0 Résumé 62

Annexes

I Questionnaire 63
II Répondants 69

Tableaux

Tableau 1-1 : Distribution des questionnaires selon la population 9

Tableau 1-2 : Répartition des répondants au questionnaire selon le type de fournisseur 11

Tableau 1-3 : Répartition régionale des répondants au questionnaire 11

Tableau 2-1 : Principales caractéristiques selon le type de fournisseur 18

Tableau 2-2 : Principales caractéristiques selon le budget par habitant 19

Tableau 2-3 : Principales caractéristiques selon la région 20

Tableau 2-4 : Principales caractéristiques selon le secteur géographique 21

Tableau 3-1 : Répartition régionale des répondants qui utilisent une méthode d'évaluation 23

Tableau 3-2 : Répartition selon le type de fournisseur des répondants qui utilisent une méthode d'évaluation 24

Tableau 4-1 : Défis pour les programmes, selon la région 29

1.0 Introduction

1.1 Contexte

Aux fins de la présente étude, les « soins de longue durée », qu'on nomme aussi soins continus, désignent l'ensemble du système ou le continuum de services visant à répondre à long terme ou durant une période indéfinie aux besoins des aînés en matière de soins de santé, de services sociaux et de soins personnels. Ces services incluent aussi bien les soins en établissement que les soins communautaires ou à domicile assurés aux personnes qui en ont manifestement besoin. Ces services peuvent être dispensés à court terme ou durant une période assez longue et indéterminée.

Au cours des dernières années, en raison du vieillissement de la population canadienne, on a reconnu de plus en plus dans tout le pays la nécessité d'assurer aux aînés des services de soins de santé abordables et appropriés. En outre, on a davantage mis l'accent sur la prestation de services de soins de santé innovateurs aux personnes âgées.

L'Association canadienne des soins et services à domicile (ACSSD) s'est vu confier par Santé Canada le mandat d'examiner les initiatives faisant appel à divers modèles de soins de longue durée aux aînés dans tout le pays ainsi que de déterminer les modèles de meilleures pratiques permettant de fournir aux aînés des services de soins de longue durée qui soient à la fois rentables et de grande qualité.

1.2 Objectifs

Le présent rapport vise trois objectifs :

1. rassembler de la documentation sur les initiatives récentes entreprises dans l'ensemble des provinces et des territoires au chapitre des soins de longue durée communautaires et en établissement. Ces initiatives incluent de nouvelles approches de la prestation des services sociaux et de santé, de même que les projets qui prévoient l'adoption d'une approche multisectorielle des soins et du soutien et qui répondent aux besoins en matière de soins de santé, de soutien social, de logement et de transport;

2. définir les caractéristiques des modèles de meilleures pratiques de soins de longue durée;

3. passer en revue l'information disponible sur les initiatives récentes afin de documenter les éléments des meilleures pratiques adoptées.

Le présent rapport met en lumière des modèles et des programmes de soins plutôt que des innovations se rattachant à des procédures particulières. Il renferme une description des initiatives cernées au cours de la recherche, de l'information sur les personnes-ressources à contacter, de même qu'une description des caractéristiques des modèles de meilleures pratiques de soins de longue durée aux aînés.

1.3 Méthodologie

Afin de recueillir de l'information descriptive sur les initiatives de soins de longue durée, on a conçu et administré un questionnaire détaillé de cinq pages (voir l'annexe I) qui a été transmis par la poste aux répondants. On y demandait une description du programme, du modèle et de l'approche utilisés ainsi que les résultats de toute évaluation officielle ou officieuse réalisée. On y demandait en outre aux répondants quelles étaient à leur avis les principales caractéristiques d'un modèle de meilleure pratique. Dans la mesure où des documents étaient disponibles, on demandait aux répondants de les fournir. Le questionnaire a été approuvé par le Groupe de travail sur les soins de longue durée du Comité fédéral, provincial et territorial des hauts fonctionnaires (aînés) avant d'être administré. Compte tenu de la nature du questionnaire, il importe de mentionner que l'information contenue dans le présent rapport repose sur celle fournie de plein gré par les répondants et non sur un examen critique par des tiers.

Les experts de toutes les provinces et des territoires ont fourni le nom d'organismes et de services-ressources en soins de longue durée. Il s'agit notamment :

- des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et des Services sociaux;
- de programmes de soins à domicile;
- d'agences de prestation de soins à domicile;
- d'établissements de soins prolongés et de foyers de soins infirmiers;
- de centres de gériatrie.

On retrouve une liste des répondants à l'annexe II.

Le questionnaire a d'abord été traduit et la version française a été envoyée aux organismes du Québec, et tous les autres organismes ont été avisés qu'il était disponible en français.

Le questionnaire a d'abord été soumis à un essai préliminaire auprès d'un échantillon de 15 organismes représentant les programmes de soins à domicile, les administrations et conseils régionaux de la santé et les établissements de soins prolongés afin de s'assurer de la clarté des questions. On a par la suite téléphoné à ces organismes pour savoir s'ils avaient des difficultés à comprendre les questions et pour déterminer à l'avance le temps dont ils auraient besoin pour remplir le questionnaire. Ensuite, on a apporté des modifications mineures au questionnaire. Les réponses à cet essai préliminaire ont servi à rédiger la première ébauche du présent rapport. Le tiers environ des questionnaires de l'essai ont été retournés, ce qui est acceptable compte tenu de la longueur et de la complexité du questionnaire. La plupart des organismes ont cependant fait

savoir qu'ils avaient besoin de beaucoup plus de temps que ce qui leur avait été accordé au départ pour remplir le questionnaire.

À la suite de l'essai préliminaire, environ 1 000 questionnaires ont été distribués par la poste et par télécopieur. La répartition s'est effectuée entre les régions à partir des données démographiques de 1996 de Statistique Canada. Le tableau 1-1 illustre la distribution des questionnaires postés aux diverses régions.

Province/territoire	Population de la province (milliers)	% de la population canadienne	Distribution des questionnaires
Terre-Neuve	563,6	1,86	19
Île-du-Prince-Édouard	137,2	0,45	5
Nouvelle-Écosse	947,9	3,13	31
Nouveau-Brunswick	762,0	2,52	25
Québec	7 419,9	24,40	244
Ontario	11 407,7	37,67	377
Manitoba	1 145,2	3,78	38
Saskatchewan	1 023,5	3,38	34
Alberta	2 847,0	9,40	94
Colombie-Britannique	3 933,3	12,99	130
Yukon	31,6	0,10	1
T.N.-O.	67,5	0,22	2

Tableau 1-1 : Distribution des questionnaires selon la population

Nous avons également obtenu de l'aide du Nouveau-Brunswick pour distribuer d'autres questionnaires une fois le budget épuisé et reçu du financement supplémentaire de Santé Canada pour recueillir des réponses additionnelles. Ces réponses ont été intégrées au présent rapport. On a reçu 151 réponses au questionnaire envoyé, ce qui donne un taux de réponse d'à peu près 15 %; cela est compréhensible compte tenu de la complexité du sondage et du temps requis pour y répondre.

Les données du présent rapport sont présentées à l'aide de l'une ou l'autre des méthodes suivantes : lorsque les données sont citées en « pourcentage des répondants » ou en « pourcentage des personnes visées par l'enquête », cela renvoie au pourcentage du nombre total de questionnaires. Lorsqu'on parle de « pourcentage de réponses », il s'agit du pourcentage du

nombre total de réponses reçues au questionnaire. Compte tenu des multiples réponses à certaines questions, le nombre total de réponses peut être beaucoup plus élevé que le nombre total de questionnaires.

Veuillez noter que les quelques répondants qui ont soumis plus d'un questionnaire ne paraissent qu'une fois dans la liste en Annexe II, mais les données additionnelles sont chiffrées dans les tableaux.

Le Groupe de travail sur les soins de longue durée du Comité fédéral, provincial et territorial des hauts fonctionnaires (aînés) a révisé les deux premières ébauches du présent document et leurs commentaires y ont été incorporés.

Le rapport est conçu pour l'utilisation des planificateurs, des practiciens, des intervenants, des décideurs et des chercheurs voulant adopter des modèles innovateurs de meilleures pratiques en matière de soins de longue durée aux aînés. Nous espérons qu'il permettra aux aînés d'acquérir une plus grande autonomie et une meilleure qualité de vie.

Le présent rapport comprend seulement des renseignements sur les agences et les programmes qui ont répondu à l'enquête. Les réponses qualitatives expriment les opinions des répondants et ne correspondent pas nécessairement aux politiques en place ou en développement dans les provinces et les territoires.

1.4 Statistiques sur les répondants

Cette partie renferme la ventilation des répondants au questionnaire. L'information est présentée selon deux critères : le type de fournisseur et la représentation régionale. On retrouve plus d'information sur tous les répondants à l'annexe I. Le tableau 1-2 résume la répartition des répondants selon le type de fournisseur.

Types de fournisseurs	Nombre de répondants
Administrations régionales de la santé	38
Ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et des Services sociaux	7
Programmes de soins à domicile	23
Fournisseurs de soins à domicile ou de soins de longue durée	83
Total	***151***

Tableau 1-2 : Répartition des répondants au questionnaire selon le type de fournisseur

Le tableau 1-3 illustre la répartition des répondants entre les diverses régions visées lors de l'envoi postal des questionnaires (voir le tableau 1-1 ci-dessus). On y retrouve également une ventilation de la répartition entre les organismes selon qu'ils desservent principalement des régions urbaines ou rurales.

Région	Nombre de répondants			
	Urbain	Rural	Urbain-rural	***Total***
Terre-Neuve	4	4		***8***
Île-du-Prince-Édouard	1	1	1	***3***
Nouvelle-Écosse	7			***7***
Nouveau-Brunswick	4	7	1	***12***
Québec	9			***9***
Ontario	15	3		***18***
Manitoba	6	11		***17***
Saskatchewan	3	3	3	***9***
Alberta	22	7		***29***
Colombie-Britannique	32	4		***36***
Yukon	1			***1***
Territoires du Nord-Ouest		2		***2***

Tableau 1-3 : Répartition régionale des répondants au questionnaire

Lors du classement des répondants selon leur région, on a également tenu compte de leur secteur géographique. Si le programme desservait principalement une région rurale ou une région urbaine, il a été classé en conséquence. Cependant, étant donné que les ministères provinciaux de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard, du Nouveau-Brunswick et de la Saskatchewan assurent des services à toute la province, nous n'avons pu les classer de la sorte; nous les avons donc plutôt classés dans la catégorie géographique « urbain-rural ».

Soulignons que les répondants de la Colombie-Britannique, de l'Alberta et de l'Ontario se trouvent principalement en région urbaine. Au Manitoba, par ailleurs, les régions rurales sont beaucoup mieux représentées.

2.0 Modèles de meilleures pratiques : principales caractéristiques

Cette partie résume les principales caractéristiques dégagées par les répondants au questionnaire. Celui-ci était structuré de façon à ne pas influencer les répondants, c'est-à-dire que les questions étaient ouvertes et qu'ils devaient y répondre dans leurs propres mots. Dans la mesure du possible, on a conservé dans cette partie et dans les suivantes la formulation utilisée par les répondants.

Des thèmes communs sont ressortis des réponses; nous les avons groupés sous les principales caractéristiques ci-après. Le degré de mise en œuvre de ces concepts varie selon l'organisation et selon les ressources disponibles. Le rapport renferme également une partie qui traite de la répartition des caractéristiques définies selon le type de fournisseur, le budget par habitant, la région et le secteur géographique.

2.1 Orientation vers le consommateur et le client

On définit cette caractéristique de meilleure pratique d'après la mesure dans laquelle le droit du client de participer à la planification des services est reconnu ainsi que d'après la mesure dans laquelle les services sont adaptés à ses besoins. Les buts et objectifs pour un client devraient inclure aussi bien les résultats qu'il souhaite obtenir que ceux visés par le professionnel.

Cette caractéristique unique est de loin la plus importante puisque 60 % des répondants la considèrent comme un élément clé des services de soins de longue durée.

Selon l'interprétation des répondants, cette caractéristique renvoie à la nécessité pour un organisme de répondre aux besoins de ses clients et de tenir compte de leurs commentaires. Cela peut se faire aussi bien en amenant les particuliers à participer à l'établissement d'un plan de soins qu'en mettant en œuvre de tout nouveaux programmes pour répondre aux besoins et aux exigences de la collectivité. À défaut d'une telle orientation vers le consommateur et le client, les services risquent de devenir désuets, redondants ou inefficaces. L'intégration de cette caractéristique augmente le respect et la satisfaction du client et de la famille. La participation et l'habilitation des clients améliorent en général la qualité des soins. En outre, plusieurs organismes soulignent la nécessité d'assurer des services adaptés aux différentes cultures et le fait qu'ils ont dû embaucher ou former du personnel afin de diversifier suffisamment leurs antécédents linguistiques.

Pour mettre en œuvre cette caractéristique, il faut recueillir et évaluer d'une quelconque façon les commentaires des clients. Cela peut se faire de façon officieuse, en prêtant par exemple l'oreille aux commentaires verbaux non sollicités, ou à l'aide de méthodes plus structurées comme des questionnaires officiels, des évaluations quantitatives et des discussions de groupe. Pour être efficace, le programme d'évaluation doit être constant et l'organisme doit être suffisamment souple pour donner suite aux changements suggérés. La partie 3.0 renferme plus d'information sur l'évaluation de programme.

2.2 Coordination et intégration

La coordination et l'intégration désignent la capacité d'assurer au fil du temps un service coordonné et ininterrompu entre les programmes, les praticiens, les organismes et les niveaux de soins. Vingt-six pour cent (26 %) des répondants considèrent qu'il s'agit d'une caractéristique de meilleure pratique.

Pour assurer pareilles coordination et intégration, certains organismes ont augmenté le nombre de services « internes » qu'ils offrent. La plupart préfèrent cependant se spécialiser dans un domaine et établir des liens avec d'autres professionnels pour les soins qui dépassent leurs capacités. Cela peut également, dans certains cas, permettre le partage des coûts entre les disciplines. On mesure souvent cette caractéristique par la diminution du dédoublement entre les organismes et par le degré de coordination des services avec d'autres organismes de la santé. Si un organisme est incapable de dispenser tous les services, il peut conclure des alliances transdisciplinaires ou multisectorielles afin d'assurer la continuité des services.

La coordination et l'intégration permettent d'assurer une plus grande uniformité des services entre les régions et nécessitent une bonne communication entre les différents niveaux et les différentes disciplines du secteur de la santé.

2.3 Efficience et souplesse

L'efficience et la souplesse sont considérées comme une caractéristique clé des modèles de meilleures pratiques par 21 % des répondants. Selon l'interprétation de ces derniers, l'efficience est une mesure quantitative du coût en fonction de divers indicateurs du rendement. La surveillance constante de ces indices permet de planifier les programmes, de les adapter et de les améliorer. Certains organismes n'utilisent pas d'indice précis mais ont plutôt rationalisé leur administration, en adoptant par exemple un seul système de gestion.

L'efficience consiste à obtenir les résultats souhaités en utilisant les ressources de la façon la plus rentable possible. Elle touche également la mesure dans laquelle le programme, le service ou l'organisme est souple et apte à assurer les services. En termes généraux, il s'agit du but d'ensemble d'un modèle de meilleure pratique.

Les répondants ont en outre insisté sur l'importance pour une organisation d'être souple, c'est-à-dire d'être en mesure de répondre à l'évolution des caractéristiques démographiques et des besoins de sa clientèle, à réagir aux changements au niveau de la politique et du financement gouvernemental et aux changements qui surviennent dans le secteur de la santé. Le système mis en place doit être en mesure de répondre en temps opportun aux nouvelles exigences des programmes.

2.4 Évaluation de programme

L'évaluation d'un programme est la mesure de ses résultats en fonction d'objectifs établis. Cela consiste à recueillir de l'information pour éclairer les décisions et évaluer l'efficacité des stratégies et des programmes. Une fois les données recueillies, il faut les analyser et les évaluer en vue de les présenter dans un format utile.

Dix-neuf pour cent (19 %) des répondants considèrent l'évaluation de programme comme une caractéristique de meilleure pratique; ils l'interprètent toutefois de deux façons. Certains considèrent qu'il s'agit d'un moyen de recueillir des indicateurs uniformes du service, du soutien, du risque et du placement. L'évaluation de programme permet alors d'assurer la détermination adéquate des besoins et la prestation des services les mieux adaptés à ces besoins. Pour la majorité des répondants, toutefois, cette caractéristique se définit comme une mesure des résultats par rapport aux ressources utilisées et vise à assurer la meilleure utilisation possible des services. Les répondants ont également souligné l'importance d'évaluer régulièrement l'ensemble des programmes et des services offerts.

Les méthodes d'évaluation varient selon les ressources disponibles, allant de procédures très occasionnelles et sporadiques à des procédures très officielles et quantifiées. Les processus les plus efficaces sont habituellement les évaluations officielles effectuées à intervalles réguliers. L'évaluation de programme porte habituellement sur les services offerts, selon la satisfaction de la clientèle, l'efficacité du programme et les compétences et les capacités du personnel. Nous la jugeons importante pour assurer l'uniformité et la qualité des services.

2.5 Éducation

L'éducation renvoie au niveau de compétence du personnel et consiste à s'assurer que les connaissances et les compétences des fournisseurs des services sont adaptées auxdits services et permettent de dispenser des soins de qualité.

L'éducation est considérée comme une caractéristique de meilleure pratique par 11 % des répondants. Outre le niveau de compétence requis des fournisseurs, les répondants considèrent que la prestation de soutien et de formation par des superviseurs constitue un élément essentiel de cette caractéristique. Le fait d'avoir du personnel compétent aide également à éviter les risques.

Mis à part le fait de s'assurer de la compétence du personnel, d'autres aspects peuvent nécessiter de la formation. Il faut par exemple inculquer au personnel les compétences linguistiques et culturelles appropriées, faire en sorte que les fournisseurs de soins soient familiers avec les buts du programme et les services offerts et s'assurer que le public est au courant de la gamme de services offerts par l'organisme.

2.6 Accès

On définit l'accès comme étant la capacité d'une personne d'obtenir des services au bon moment et au bon endroit, selon ses besoins particuliers.

L'accès est considéré comme une caractéristique de meilleure pratique par 11 % des répondants. Ces derniers sont d'avis que les services doivent être entièrement accessibles, et plus particulièrement que l'organisme doit y assurer un point d'entrée unique. Un tel point d'entrée unique permet en fait de « magasiner à un seul endroit » les services offerts par l'organisme. Cela est également jugé important pour coordonner l'utilisation efficace et efficiente des services et pour effectuer une sélection préliminaire des cas. On peut améliorer l'efficience en éliminant le dédoublement et les soins inutiles. Soulignons que point d'entrée unique n'est pas synonyme de *méthode unique* d'entrée; il peut y avoir différentes façons d'entrer dans le système, mais toutes sont administrées à partir d'un seul point de transit. Les autres commentaires avaient trait à la nécessité d'assurer les services au bon moment et au bon endroit. Par conséquent, cette caractéristique englobe l'accès opportun aux services et la transférabilité de certains services. En outre, l'accès aux services devrait être fondé sur un besoin défini et sur la possibilité d'obtenir un résultat positif. Il doit prévoir un vaste éventail de services qui sont coordonnés et qui sont affectés selon des critères constants.

2.7 Autres caractéristiques de meilleures pratiques

Un très faible nombre de répondants ont fait mention des autres caractéristiques de meilleures pratiques suivantes.

- *Communication :* Il est important qu'il y ait une bonne communication entre les fournisseurs des services et les bénéficiaires, entre le gouvernement et le secteur privé et au sein des organismes.

- *Services de relève pour les fournisseurs de soins :* À défaut de recevoir une aide financière pour prendre du répit, les prestataires de soins familiaux s'épuisent et les clients finissent par être placés dans des établissements qui coûtent plus cher. Si le client doit recevoir des soins à domicile, il est essentiel d'assurer des services de relève structurés à ses fournisseurs de soins.

- *Uniformité :* Les organismes doivent appliquer les politiques et dispenser les soins de façon uniforme.

- *Système de gestion de l'information :* Un tel système s'avère nécessaire pour faciliter la gestion des clients et des ressources.

- *Niveau de classification des soins :* L'adoption d'une classification uniforme des niveaux de soins permet de comparer les dossiers des clients entre les différentes composantes de prestation des services, selon le niveau de soins dispensés.

- *Gestion des cas :* La gestion des cas permet d'assurer un contrôle et un examen réguliers des besoins des clients et, si ces besoins changent, d'adapter les plans de soins pour veiller à ce que les services dispensés continuent d'y répondre.

- *Concurrence sur le marché :* Selon les répondants, une certaine concurrence sur le marché assure la meilleure qualité possible de services au meilleur prix. Ils croient toutefois que cette concurrence devrait être limitée.

- *Programmes fondés sur la recherche :* Les programmes et les projets devraient être fondés sur la recherche et sur l'expérience clinique. Avant de mettre en œuvre un programme, on devrait effectuer des recherches pour examiner les activités menées dans d'autres collectivités ainsi que d'autres méthodes de prestation des services. Les choix effectués par les intervenants professionnels en soins de longue durée doivent reposer sur des principes fondés sur la recherche.

- *Équité :* Les ressources doivent être réparties équitablement entre la collectivité et entre les clients des programmes.

- *Innovation :* Étant donné que les ressources sont de plus en plus limitées compte tenu de la demande accrue, les programmes de soins de longue durée doivent faire appel à des méthodes de prestation des services de plus en plus innovatrices.

- *« Désinstitutionnalisation » des établissements :* Les fournisseurs de soins de longue durée doivent s'efforcer de démentir la perception de la vie en établissement : un milieu froid et stérile dans lequel les résidents n'ont aucun choix, aucune liberté ni aucune joie de vivre. Il faudrait que les établissements offrent une ambiance plus « familiale ».

2.8 Sommaire des réponses

Le tableau 2-1 illustre la répartition des principales caractéristiques définies, selon le type de fournisseur. ***La plupart des répondants ont fait mention de celles qui avaient été mises en œuvre dans le cadre de leur programme.***

Principale caractéristique	**Types de fournisseurs**				
	Administrations régionales de la santé	Ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et des Services sociaux	Programmes de soins à domicile	Fournisseurs de soins à domicile et de longue durée	***Total***
Orientation vers le consommateur et le client	21 (40 %)	5 (28 %)	12 (41 %)	52 (42 %)	***90***
Coordination et intégration	9 (17 %)	4 (22 %)	8 (28 %)	19 (15 %)	***40***
Efficience et souplesse	8 (15 %)	1 (6 %)	3 (10 %)	20 (16 %)	***32***
Évaluation	9 (17 %)	2 (11 %)	4 (14 %)	13 (11 %)	***28***
Éducation	2 (4 %)	2 (11 %)		12 (8 %)	***16***
Accès	3 (6 %)	4 (22 %)	2 (7 %)	7 (6 %)	***16***
Total	***52*** (100 %)	***18*** (100 %)	***29*** (100 %)	***123*** (100 %)	***222***

Tableau 2-1 : Principales caractéristiques selon le type de fournisseur

Ce tableau indique que l'orientation vers le consommateur et le client est la caractéristique de meilleure pratique qui est mentionnée le plus fréquemment par tous les types de fournisseurs. Elle est presque toujours suivie par la coordination et l'intégration. L'accès est considéré le plus souvent comme une caractéristique de meilleure pratique par les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et des Services sociaux.

Le tableau 2-2 montre la répartition des principales caractéristiques selon les budgets par habitant.

Principale caractéristique	Budget par habitant					
	500 $-1 000 $	1 001 $-2 500 $	2 501 $-5 000 $	5 001 $-10 000 $	10 000 $ et plus	***Total***
Orientation vers le consommateur et le client	14 (45 %)	8 (35 %)	10 (34 %)	5 (28 %)	17 (41 %)	***54***
Coordination et intégration	7 (23 %)	4 (17 %)	6 (21 %)	2 (11 %)	5 (12 %)	***24***
Efficience et souplesse	4 (13 %)	4 (17 %)	5 (17 %)	4 (22 %)	5 (12 %)	***22***
Évaluation	4 (13 %)	3 (13 %)	4 (14 %)	5 (28 %)	7 (17 %)	***23***
Éducation	1 (3 %)	1 (4 %)	1 (3 %)	1 (6 %)	5 (12 %)	***9***
Accès	1 (3 %)	3 (13 %)	3 (10 %)	1 (6 %)	2 (5 %)	***10***
Total	***31*** (100 %)	***23*** (100 %)	***29*** (100 %)	***18*** (100 %)	***41*** (100 %)	***142***

Tableau 2-2 : Principales caractéristiques selon le budget par habitant

Bon nombre des répondants n'ont pas pu préciser de budget par habitant. Cela est attribuable en partie aux lacunes des systèmes de données, qui ne permettent pas de séparer les données budgétaires applicables au programme de soins de longue durée du budget total de fonctionnement de l'organisation.

Peu importe la portée du budget, c'est l'orientation vers le consommateur et le client qui est la caractéristique de meilleure pratique la plus fréquemment mentionnée par les répondants.

L'éducation n'est considérée comme une caractéristique importante que par les organismes dont le budget est plus élevé.

Le tableau 2-3 illustre la distribution des principales caractéristiques selon la région.

Région	Principale caractéristique						
	Orientation vers le consommateur et le client	Coordination et intégration	Efficience et souplesse	Évaluation	Éducation	Accès	*Total*
T.-N.	4 (21 %)	5 (26 %)	3 (16 %)	5 (26 %)	1 (5 %)	1 (5 %)	***19*** (100 %)
Î.-P.-É.	2 (29 %)	1 (14 %)	1 (14 %)	2 (29 %)		1 (14 %)	***7*** (100 %)
N.-É.	6 (50 %)	3 (25 %)	1 (8 %)		2 (17 %)		***12*** (100 %)
N.-B.	5 (29 %)	1 (6 %)	2 (12 %)	3 (18 %)	5 (29 %)	1 (6 %)	***17*** (100 %)
Qc	5 (63 %)	3 (38 %)					***8*** (100 %)
ONT.	9 (32 %)	6 (21 %)	5 (18 %)	4 (14 %)	2 (7 %)	2 (7 %)	***28*** (100 %)
Man.	11 (42 %)	5 (19 %)	5 (18 %)	2 (8 %)		3 (12 %)	***26*** (100 %)
Sask.	2 (50 %)		1 (25 %)			1 (25 %)	***4*** (100 %)
Alb.	21 (48 %)	7 (16 %)	7 (16 %)	5 (11 %)	1 (2 %)	3 (7 %)	***44*** (100 %)
C.-B.	23 (46 %)	7 (14 %)	6 (12 %)	7 (14 %)	4 (8 %)	3 (6 %)	***50*** (100 %)
Yukon	1 (33 %)	1 (33 %)			1 (33 %)		***3*** (100 %)
T.N.-O.	1 (25 %)	1 (25 %)	1 (25 %)			1 (25 %)	***4*** (100 %)
Total	***90***	***40***	***32***	***28***	***16***	***16***	***222***

Tableau 2-3 : Principales caractéristiques selon la région

Bien que cela demeure quelque peu dispersé, l'orientation vers le consommateur et le client semble être considérée comme le principal des facteurs dans presque toutes les régions.

La coordination et l'intégration ainsi que l'évaluation du programme figurent également au haut de la liste.

Le tableau 2-4 illustre les principales caractéristiques définies par les répondants selon le secteur géographique desservi.

Principale caractéristique	Secteur géographique			
	Urbain	Rural	Urbain-rural	*Total*
Orientation vers le consommateur et le client	62 (42 %)	26 (40 %)	2 (20 %)	***90***
Coordination et intégration	27 (18 %)	12 (18 %)	1 (10 %)	***40***
Efficience et souplesse	20 (14 %)	11 (17 %)	1 (10 %)	***32***
Évaluation	20 (14 %)	6 (9 %)	2 (20 %)	***28***
Éducation	12 (8 %)	3 (5 %)	1 (10 %)	***16***
Accès	6 (4 %)	7 (11 %)	3 (30 %)	***16***
Total	***147*** (100 %)	***65*** (100 %)	***10*** (100 %)	***222***

Tableau 2-4 : Principales caractéristiques selon le secteur géographique

L'orientation vers le consommateur et le client ainsi que la coordination et l'intégration sont deux caractéristiques jugées importantes par à peu près le même pourcentage de répondants des milieux urbain ou rural. Les réponses provenant des secteurs urbain-rural sont plus dispersées.

Les deux premières réponses sont partagées, les pourcentages étant à peu près les mêmes chez les organismes urbains et les organismes ruraux.

Les organismes des régions urbaines ont plus tendance que ceux des régions rurales à considérer l'éducation comme une caractéristique de meilleure pratique. Cela peut s'expliquer par le fait que l'on met davantage l'accent sur l'éducation dans les régions urbaines puisqu'un pourcentage important de la formation recommandée a trait à la culture ou à la langue.

3.0 Évaluation de programme

Comme nous l'avons mentionné précédemment, plus de la moitié (62 %) des répondants ont signalé l'existence d'une quelconque méthode d'évaluation de leurs programmes. Il peut s'agir d'évaluations infréquentes ou très occasionnelles (c'est-à-dire que l'on attend qu'un client porte plainte pour agir) ou d'évaluations quantitatives détaillées (mesure des résultats). Dans les points qui suivent, nous examinons ces méthodes de plus près. De façon générale, les répondants en ont relevé trois.

3.1 Satisfaction de la clientèle

La satisfaction de la clientèle est peut-être l'outil de mesure le plus précieux. Parmi les répondants qui ont recours à une méthode d'évaluation, 84 % mesurent la satisfaction de la clientèle. Certains systèmes sont très officieux, c'est-à-dire que l'on mesure cette satisfaction d'après le nombre de plaintes reçues au cours d'une période donnée. Un grand nombre de petits organismes déterminent le niveau de satisfaction de leurs clients « en parlant avec eux ». Le plus souvent, l'on a recours à des questionnaires. Certaines méthodes sont plus rigoureuses et font appel à des sondages aléatoires ou à des discussions de groupe. Certains répondants tentent de mesurer la satisfaction de leurs clients à l'aide de données quantitatives comme le nombre de transferts vers d'autres services ou de formules pondérées qui combinent les plaintes, les compliments et les rapports de non-respect de la licence attribuée.

3.2 Évaluation globale des services

Parmi les répondants qui ont recours à une méthode d'évaluation, 12 % demandent une homologation auprès d'organismes provinciaux et nationaux reconnus dans le but de faire évaluer leurs programmes par une tierce partie. Cette homologation peut également nécessiter une quelconque forme d'évaluation constante. D'autres organismes (26 %) déclarent avoir adopté un programme d'amélioration de la qualité et utilisé cette structure officielle pour surveiller l'efficacité de leurs programmes. Plusieurs répondants (52 %) procèdent à des évaluations et à des examens annuels de leurs programmes; ces évaluations sont parfois combinées à des vérifications internes ou externes. Elles permettent également de déterminer si les programmes et les services répondent à toutes les normes applicables rattachées à l'attribution de la licence, à l'assurance de la qualité et à l'homologation.

3.3 Mesure de l'efficience et de l'efficacité

L'évaluation de l'efficience et de l'efficacité nécessite certaines mesures quantitatives du rendement qui sont le plus souvent dérivées de formules de détermination du coût par unité de service qui revêt de l'importance pour le secteur d'activité de l'organisme. Les quatre mesures les plus fréquemment utilisées sont les vérifications de dossiers (18 %), les réadmissions à l'hôpital (16 %), la durée de séjour (15%) et l'admission dans des établissements de soins prolongés ou de

soins actifs (14%). Les autres mesures signalées par les répondants sont les coûts par jour-patient, les rapports personnel-clients et le nombre de problèmes (p. ex., le nombre de questions soulevées dans le cadre d'une évaluation gériatrique). Les mesures de l'intérêt semblent dépendre de l'orientation de l'organisme. Ce ne sont pas tous les organismes qui tentent de quantifier les effets de leurs programmes; certains sont dotés d'un système beaucoup plus structuré et régulier que d'autres pour rendre compte de ces indices. Les examens et les rapports annuels sont parmi les méthodes couramment utilisées (par 52 % des organismes).

3.4 Sommaire des méthodes d'évaluation

Le tableau 3-1 illustre, par région, le pourcentage de répondants qui ont mis en place des procédures d'évaluation. Le tableau 3-2 montre quant à lui le pourcentage d'organismes qui utilisent des méthodes d'évaluation selon le type de fournisseur.

Province ou territoire	**Pourcentage des répondants qui utilisent une méthode d'évaluation**
Terre-Neuve	2 (25 %)
Île-du-Prince-Édouard	2 (67 %)
Nouvelle-Écosse	4 (57 %)
Nouveau-Brunswick	4 (33 %)
Québec	3 (33 %)
Ontario	13 (72 %)
Manitoba	7 (41 %)
Saskatchewan	4 (44 %)
Alberta	22 (76 %)
Colombie-Britannique	31 (86 %)
Yukon	0 (0 %)
Territoires du Nord-Ouest	1 (50 %)
Total	***93*** (62 %)

Tableau 3-1 : Répartition régionale des répondants qui utilisent une méthode d'évaluation

Types de fournisseurs	Pourcentage qui utilisent une méthode d'évaluation
Administrations régionales de la santé	19 (50 %)
Ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et des Services sociaux	4 (57 %)
Programmes de soins à domicile	13 (57 %)
Fournisseurs de services de soins à domicile et de soins de longue durée	57 (69 %)
Total	***93* (62 %)**

Tableau 3-2 : Répartition selon le type de fournisseur des organismes qui utilisent une méthode d'évaluation

Les répondants de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de l'Île-du-Prince-Édouard et de l'Ontario ont adopté en grand nombre des méthodes officielles d'évaluation. Ce sont les fournisseurs de services de soins à domicile et de soins de longue durée qui sont les plus susceptibles d'avoir adopté un programme structuré d'évaluation.

4.0 Défis pour les programmes

Dans le questionnaire, on demandait aux répondants d'indiquer les grandes difficultés et les principaux défis auxquels font face leurs programmes. D'après les réponses reçues, les défis les plus fréquents sont au nombre de sept.

4.1 Restrictions des ressources

Plus de la moitié (62 %) des répondants considèrent les restrictions de ressources comme l'un des principaux défis pour l'élaboration et l'exécution des programmes.

Le financement insuffisant est la forme la plus fréquemment mentionnée de restriction des ressources. En raison du financement insuffisant des services de soins de longue durée, les programmes et les organismes déploient énormément d'efforts à se disputer les fonds actuels et à venir. La mise sur pied et l'exploitation de programmes en période de compressions dans les soins de santé a constitué un défi pour la promotion de la crédibilité des programmes et la justification de leur nécessité. Parmi les autres difficultés signalées, mentionnons les restrictions sur le plan du personnel disponible pour administrer et dispenser les programmes, de même que les pénuries d'autres ressources connexes, qu'il s'agisse d'équipement médical ou de fournitures de bureau. Les ressources humaines disponibles sont souvent utilisées au maximum de leur capacité et beaucoup de programmes se voient forcés de faire appel à des bénévoles qui ne sont pas toujours disponibles.

4.2 Attentes du public

Vingt et un pour cent (21 %) des répondants considèrent les attentes du public comme un défi pour leur programme.

La sensibilisation plus grande du public et l'activisme accru des consommateurs, plus particulièrement la défense de la cause des aînés et les exigences exprimées par les personnes ayant un handicap, exercent des pressions en faveur de services plus étendus et plus complexes de soins de longue durée. Un certain nombre d'organismes ont mentionné que les attentes du public constituent un défi pour l'exécution de leur programme. Le public s'attend souvent à un niveau de service que le programme n'est pas apte à dispenser. Certains organismes qui desservent une population hétérogène, comme le centre d'accès aux soins communautaires de Scarborough, doivent non seulement répondre à d'importantes demandes de services, mais aussi aux exigences d'une population extrêmement variée et multiculturelle; cela a pour effet d'accentuer les pressions en faveur de services accrus.

Lorsque les organismes pratiquent des réductions dans les programmes ou apportent des modifications à la façon traditionnelle de dispenser les services, ils se butent souvent à la

résistance des consommateurs. Les clients ont souvent une perception très différente de leurs « droits » par rapport à leurs « besoins », de sorte qu'il est beaucoup plus difficile de modifier la fréquence ou la nature des services. La perception de l'insuffisance du programme par la collectivité, alliée au manque de programmes communautaires de remplacement, pose un défi à plusieurs fournisseurs de services de soins de longue durée.

Non seulement les consommateurs exigent-ils plus de services, mais ils exigent également de participer davantage à la planification et à la prestation des services. Par ailleurs, les soins de longue durée doivent également répondre de leurs services devant les consommateurs.

4.3 Facteurs géographiques

Les facteurs géographiques sont considérés comme un défi pour les programmes par 20 % des répondants.

Cela est le plus souvent le cas pour les programmes offerts en régions rurales. Les zones de prestation des services sont souvent extrêmement vastes, ce qui complique les choses et nuit à la rentabilité des programmes. Le fait de parcourir de si grands secteurs géographiques peut être très fatiguant pour les travailleurs. À cela s'ajoutent les conditions météorologiques, le piètre état des routes et les longues distances à parcourir. Beaucoup de prestataires de services travaillant en régions éloignées se sentent isolés et privés du soutien de leurs pairs. De même, compte tenu de la grande distance que doivent parcourir les superviseurs, il arrive souvent que le personnel ne soit pas adéquatement supervisé. Les employés bien formés et instruits sont donc souvent difficiles à trouver en régions rurales isolées, particulièrement si les taux de rémunération demeurent peu élevés. Ils ne peuvent par conséquent servir de motivation pour attirer des travailleurs hautement qualifiés vers les programmes ruraux. De même, le transport pose souvent un problème dans les plus petites collectivités, aussi bien pour le personnel que pour les clients.

4.4 Mauvaise compréhension des soins de longue durée

Parmi les répondants, 19 % sont d'avis que le manque de compréhension des soins de longue durée pose un défi pour leur programme.

Les Canadiens et les Canadiennes ne comprennent pas bien en quoi consistent les soins de longue durée et le public n'est pas suffisamment sensibilisé aux choix qui s'offrent en la matière. Ce manque de compréhension s'observe aussi bien au niveau gouvernemental qu'au niveau des programmes. Un grand nombre des répondants provenant des centres d'accès aux soins communautaires (CASC) de l'Ontario estiment que les soins dans la collectivité sont sous-évalués. N'étant pas compris, les fonds qu'ils reçoivent sont nettement insuffisants. En outre, on considère que le gouvernement ne soutient pas assez le rôle des CASC alors que les hôpitaux sont toujours favorisés aussi bien par les sources privées que publiques de financement.

Les répondants sont d'avis que les clients ne comprennent pas bien non plus les services communautaires. Ainsi, de nombreux aînés tentent encore d'obtenir un placement en foyer de soins

infirmiers avant d'avoir recours aux options de soins communautaires. La participation aux programmes est rendue difficile par le fait que les clients préfèrent souvent faire appel à un programme ou à un service offert en établissement plutôt qu'au sein de la collectivité.

Un répondant du secteur privé est allé un peu plus loin en indiquant que le manque de compréhension des fournisseurs du secteur privé pose un défi pour les programmes. Selon lui, le secteur privé est souvent perçu de façon négative dans le secteur des soins de santé et le gouvernement et les autres sources de financement privilégient les fournisseurs publics au détriment des fournisseurs privés de services.

4.5 Complexité accrue des besoins

Selon 19 % des répondants, la complexité accrue des besoins de la clientèle en matière de soins et les niveaux d'acuité plus élevés des clients posent un défi pour l'élaboration et l'exécution des programmes.

Étant donné que les clients ont besoin de soins de plus en plus complexes et intenses, les programmes visant à répondre à ces besoins deviennent plus complexes et également plus coûteux. Les gens obtiennent leur congé de l'hôpital plus tôt qu'autrefois, de sorte que les soins nécessaires sont plus complexes, qu'ils doivent être dispensés pendant plus longtemps et, par conséquent, qu'ils sont plus coûteux. En outre, les gens vivent plus longtemps avec de multiples maladies chroniques.

La technologie nouvelle et améliorée a un effet sur le rôle des soins de longue durée, c'est-à-dire qu'elle rend possible l'administration de soins de plus en plus complexes. La complexité des services de soins de longue durée dispensés actuellement se répercute sur les travailleurs et fait croître les coûts et les risques. Étant donné qu'ils doivent s'acquitter de tâches de plus en plus complexes, les prestataires de soins de longue durée doivent élargir leurs connaissances. Cela se fait sentir non seulement sur le coût des soins de longue durée, mais aussi sur la nécessité de renseigner les travailleurs et de leur offrir des programmes de formation.

4.6 Résistance au changement

La résistance au changement est considérée comme un défi par 16 % des répondants. Cette résistance vient à la fois des clients et des autres organismes du système de santé. Lorsqu'il faut modifier un programme de soins de longue durée, souvent à la suite de l'un des défis susmentionnés, les clients résistent souvent beaucoup à ce qu'ils perçoivent comme une diminution du service ou un changement dans le modèle de prestation du service. Ils s'opposent également à l'imposition de frais aux utilisateurs des programmes. Par conséquent, le programme ou l'organisme ne peut souvent pas adopter d'approches nouvelles et innovatrices de la prestation des services.

En outre, bon nombre de programmes communautaires doivent maintenant s'associer avec de nouveaux groupes et organismes souvent puissants qui, traditionnellement, ne considéraient pas

le secteur des soins de longue durée comme un partenaire à parts égales. Le manque de compréhension de la nature des services communautaires de soins de longue durée par les hôpitaux et les autres établissements rend la création de partenariats très difficile. Les établissements peuvent être réticents à céder les commandes au secteur des soins communautaires et résister au changement d'orientation du service vers le niveau communautaire.

4.7 Contexte politique et contrôle provincial des programmes et des services

Le contexte politique dans lequel sont dispensés les soins de longue durée est également source de difficultés. Treize pour cent (13 %) des répondants considèrent que ce facteur complique l'exécution des programmes.

Les changements apportés aux lois et règlements gouvernementaux ne sont souvent en vigueur que tant que le gouvernement qui les propose demeure au pouvoir. Cela empêche les soins de longue durée de devenir un volet pleinement fonctionnel et une partie intégrante du système de santé. Par conséquent, les programmes et les services sont soumis aux fluctuations des pressions budgétaires qui touchent les secteurs de la santé et des services sociaux. Les changements apportés au niveau gouvernemental affectent les organismes et, partant, les clients. Beaucoup d'organismes estiment que les gouvernements n'ont pas toujours tenu compte de l'incidence de leurs politiques sur la clientèle. Ce processus constant est souvent difficile à gérer avec succès.

Le contrôle provincial des soins de longue durée est également considéré comme un défi pour l'élaboration et l'exécution des programmes. Selon certains répondants d'organismes privés de services du Nouveau-Brunswick, le contrôle exercé par le gouvernement provincial sur les soins à domicile a donné lieu à une préférence pour les services dispensés par des fournisseurs publics. Cette préférence se reflète dans le manque de financement et de coopération des sources de financement.

En outre, les gestionnaires régionaux des programmes de soins de longue durée et de soins à domicile, qui souhaitent parfois concevoir leurs programmes de façons différentes, trouvent frustrant d'essayer de mettre en œuvre des programmes provinciaux en passant par les structures régionales. Il est plus difficile de répondre aux besoins régionaux lorsque les programmes sont conçus à l'échelle provinciale. Il est également plus difficile d'obtenir la participation de consommateurs autres que les groupes d'intérêts particuliers.

4.8 Sommaire des défis pour les programmes

Le tableau 4-1 ci-après illustre les défis cernés, par région. Les pourcentages reposent sur le nombre de défis mentionnés. Beaucoup de répondants en ont relevé plus d'un.

Région	Défi							
	Ressources	Facteurs géographiques	Attentes du public	Compréhension des soins de longue durée	Complexité des besoins	Change-ment	Contexte politique	*Total*
T.-N.	4 (29 %)	1 (7 %)	3 (21 %)	2 (14 %)	2 (14 %)		2 (14 %)	*14* (100 %)
Î.-P.-É.	3 (50 %)	1 (17 %)	1 (17 %)		1 (17 %)			*6* (100 %)
N.-É.	4 (33 %)	2 (18 %)	1 (9 %)	2 (18 %)	1 (9 %)		1 (9 %)	*11* (100 %)
N.-B.	7 (39 %)	6 (33 %)				2 (11 %)	3 (17 %)	*18* (100 %)
Qc	6 (43 %)	1 (7 %)1	3 (21 %)	1 (7 %)	2 (14 %)		1 (7 %)	*14* (100 %)
Ont.	14 (52 %)	1 (4 %)	3 (11 %)	2 (7 %)	3 (11 %)	3 (11 %)	1 (4 %)	*27* (100 %)
Man.	9 (39 %)		4 (17 %)	7 (30 %)	1 (4 %)	1 (4 %)	1 (4 %)	*23* (100 %)
Sask.	4 (29 %)	3 (21 %)	1 (7 %)	2 (14 %)		2 (14 %)	2 (14 %)	*14* (100 %)
Alb.	11 (21 %)	8 (15 %)	7 (13 %)	10 (19 %)	6 (12 %)	9 (17 %)	1 (2 %)	*52* (100 %)
C.-B.	30 (44 %)	5 (7 %)	7 (10 %)	2 (3 %)	12 (18 %)	7 (10 %)	5 (7 %)	*68* (100 %)
Yukon	1 (50 %)						1 (50 %)	*2* (100 %)
T.N.-O.	1 (20 %)	2 (40 %)	1 (20 %)				1 (20 %)	*5* (100 %)
Total	*94*	*30*	*31*	*28*	*28*	*24*	*19*	*254*

Tableau 4-1 : Défis pour les programmes, selon la région

Sauf dans les Territoires du Nord-Ouest, c'est le manque de ressources qui est le plus fréquemment considéré comme un défi par les répondants. Ces derniers définissent le manque de ressources en termes de financement, de personnel qualifié et d'infrastructure.

Un certain nombre des répondants de la Colombie-Britannique qui administrent des programmes de soins de longue durée, dans bien des cas à l'intérieur d'un hôpital, ont fait mention du manque d'adaptation de l'édifice parmi les défis auxquels ils font face. Le manque de ressources empêche d'améliorer l'infrastructure ou de déplacer le programme vers un nouveau milieu.

Les répondants de la Colombie-Britannique considèrent également le manque de ressources des clients comme un défi pour leurs programmes. Étant donné qu'il arrive souvent que les clients ne peuvent payer eux-mêmes les services de soins de longue durée, ils vivent « le traumatisme de ne pouvoir choisir un placement qui convient à la personne ».

Beaucoup des centres d'accès aux soins communautaires (CASC) de l'Ontario considèrent en outre le manque de financement comme une difficulté puisqu'il n'y a pas suffisamment de fonds

qui sont transférés de l'enveloppe des soins hospitaliers à celle des soins communautaires. Ces répondants trouvent qu'il n'y a pas eu suffisamment de fonds qui ont été transférés en milieu communautaire en dépit de la restructuration et des réductions ayant touché les établissements en Ontario. En outre, ils soulignent que les autres services communautaires de l'Ontario n'ont pas reçu un financement suffisant qui les aurait aidés à soulager les CASC. Le problème s'est trouvé exacerbé par des coûts imprévus liés à la création des centres. L'affectation des ressources ne répond pas à la demande.

Un certain nombre de répondants de plus petits programmes, dans bien des cas du Nouveau-Brunswick et du Manitoba, trouvent également que le long délai qui s'écoule entre la présentation d'une proposition et l'approbation du financement rend très difficiles l'élaboration et l'exécution des programmes.

Le Nouveau-Brunswick, la Saskatchewan et les Territoires du Nord-Ouest considèrent la question géographique comme un grand défi. Fait intéressant, ce facteur n'a pas été mentionné par les répondants du Manitoba, la région qui compte le plus de représentants des secteurs ruraux (qu'on aurait pu croire plus touchés).

Les répondants du Manitoba, de l'Alberta et de la Nouvelle-Écosse constatent en général un manque de compréhension de la nature des soins de longue durée. Selon un répondant de l'Alberta, la collectivité ne considère pas l'unité de soins de longue durée comme un endroit où l'on choisirait de vivre. Ce programme de soins de longue durée déploie beaucoup d'efforts pour modifier son image et pour désinstitutionnaliser l'établissement en le rendant plus « familial ».

Les niveaux accrus d'acuité et de complexité des besoins des clients ont surtout été mentionnés par les répondants de l'Île-du-Prince-Édouard et de la Colombie-Britannique. Certains répondants de la Colombie-Britannique ont rattaché cette difficulté aux défis que pose le contexte politique pour les soins de longue durée. Les répondants estiment que les critères d'admission aux soins de longue durée en Colombie-Britannique mettent l'accent sur un modèle axé sur la maladie plutôt que sur le mieux-être. D'après eux, pour être admis aux soins de longue durée, les clients de la Colombie-Britannique doivent être atteints d'une maladie chronique. Les gens ne sont donc pas admis selon une approche proactive et de promotion de la santé, de sorte que la clientèle des soins de longue durée a souvent des besoins très complexes.

5.0 Initiatives récentes

Un certain nombre de programmes et de services de soins de longue durée pour les aînés découlent de nouvelles initiatives, souvent novatrices. La présente section fait état des programmes et des modèles de prestation de services les plus spéciaux, par province et territoire. Les personnes-ressources de ces programmes sont indiquées à l'annexe II.

5.1 Alberta

Assisted Living - Frail Elderly Program
The Good Samaritan Society

Le programme Assisted Living - Frail Elderly a été conçu afin de fournir un modèle de remplacement des soins en établissement aux centres de soins de longue durée traditionnels. Le modèle de services en résidence de la Good Samaritan Society repose sur le modèle de l'Orégon mis au point par Karen Brown Wilson. Le modèle de services en résidence de M^me^ Wilson est fondé sur la prémisse de la « normalisation » en milieu social et environnemental. Ce sont les principes du choix, de l'autonomie, du respect de la vie privée, de la dignité et de l'individualité dans un environnement « familial » qui orientent les opérations reliées au programme. Trois concepts guident la prestation de services en résidence : le partage des responsabilités, la limitation des choix et la gestion des risques.

Le partage des responsabilités oblige la personne concernée à participer à la détermination des besoins en matière de soins et de la façon dont on devrait y répondre. Tous les gens s'occupant d'aider la personne et d'en prendre soin, ainsi que la personne elle-même doivent contribuer à satisfaire dans la mesure de leurs moyens les besoins identifiés.

La limitation des choix consacre le fait que les désirs et les vœux d'une personne peuvent dépasser les ressources disponibles, ne pas correspondre au milieu social ou mettre la personne concernée ou d'autres personnes en danger. Les futurs résidents des foyers où l'on offre certains services sont donc informés des attentes et des limites en matière de ressources de leur nouveau milieu de vie avant d'y emménager.

La gestion des risques consacre le droit d'une personne de courir des risques et l'importance de la négociation. On discute d'une entente de gestion des risques et on la conclut lorsqu'on juge que le comportement ou que les choix d'une personne ne sont pas dans ses meilleurs intérêts ou lorsqu'ils peuvent nuire à une autre personne. L'entente de gestion des risques vise à déterminer s'il y a un risque et pour qui, ainsi que l'importance de ce risque et ensuite à modifier de la façon la moins restrictive possible le comportement en question ou le contexte de la situation.

Le programme Assisted Living - Frail Elderly réussit très bien à traduire ces principes et cette philosophie en aménagements matériels et en système de prestation de services, et à développer une formule canadienne à partir d'un modèle américain.

Carewest Day Hospital Program
Carewest Day Hospital

Le Carewest Day Hospital assure un service unique à l'intérieur de l'administration sanitaire de la région de la capitale. Cet hôpital de jour, un maillon de la chaîne des soins de longue durée, dessert des personnes du troisième âge habitant des logements privés, des foyers de groupe ou des centres d'accueil. Son mandat consiste à assurer avec une équipe interdisciplinaire une évaluation complète à court terme et des services de réadaptation et de traitement.

Le programme du Carewest Day Hospital a pour but d'améliorer la capacité fonctionnelle et le degré d'autonomie de ses clients et d'appuyer les aidants naturels en leur fournissant des services de counseling et de formation et l'accès à de l'information sur les ressources à leur disposition. L'hôpital de jour fait tout ce qui lui est possible pour s'assurer de l'établissement de relations d'aide avec les services communautaires permanents avant de donner congé aux patients. Lorsqu'il note des lacunes au niveau d'un service ou l'absence de service, l'hôpital s'emploie à favoriser la mise sur pied du service nécessaire ou le crée.

Carewest Regional Seating Services Program
Carewest Regional Seating Services

Ce programme consiste à évaluer des sièges de fauteuil roulant spécialement adaptés et à en fabriquer au besoin des composants. Il repose sur la conviction que des sièges appropriés peuvent favoriser la qualité de vie en assurant une autonomie, une intégrité de la peau, une efficacité respiratoire et un confort optimaux. Il fait appel à une approche d'équipe, les thérapeutes, les technologues, les distributeurs, les aidants naturels, les clients et les membres de leur famille participant tous au processus décisionnel menant au choix d'un siège de fauteuil roulant. Il s'adresse aux personnes de plus de 18 ans handicapées physiquement et ayant besoin d'un siège spécialement adapté.

Capable Seniors Program
Carewest Planning Centre

Le Capable Seniors Program, qui s'adresse aux aînés atteints de maladies chroniques et/ou de handicaps, mais ne souffrant pas de troubles cognitifs, tient compte de l'individualité et des compétences des clients. Il assure en permanence des soins de longue durée et des services d'accueil et de logement aux aînés dont les besoins ne peuvent être satisfaits là où ils vivent actuellement. Les services qu'il permet d'offrir incluent aussi bien des services de soins personnels que des services professionnels. Le programme a réussi à accroître la contribution des résidents et des membres de leur famille et a mené à l'élaboration d'un concept et d'un modèle « d'équipe de soins ».

Companion Care Program
Carewest

Le programme Companion Care a pour but d'offrir des solutions de rechange à la vie dans un établissement de soins traditionnel. Il a été mis sur pied pour fournir des options en matière de soins aux gens qui ne sont plus en mesure de conserver leur autonomie à l'intérieur de leur communauté, même en utilisant à bon escient les services à leur disposition. Les personnes dans cette situation qui n'ont pas besoin de services professionnels ou d'une supervision d'un niveau élevé peuvent, en qualité de clients de Companion Care, vivre à l'intérieur de cadres de vie familiale dans des résidences privées. Les maisons de convalescence Companion sont exploitées par des gens qui agissent comme dispensateurs de soins primaires et qui assurent 24 heures sur 24 des services de soutien d'ordre émotif, physique et social.

Le programme Companion Care accroît la gamme des choix à la disposition des consommateurs de soins de longue durée. Les options en matière de soins qu'il offre sont plus souples et sont axées sur la promotion de l'autonomie, de l'indépendance et du goût de vivre à un coût énormément inférieur à celui des soins en établissement.

Il a été conçu :

- pour offrir des services plus souples et mieux adaptés en mariant les valeurs, les attentes, les intérêts, les besoins et les capacités des consommateurs et des dispensateurs de soins;
- pour assurer des services de qualité :
  - qui appuient l'indépendance et l'autonomie des consommateurs de soins;
  - qui accroissent le bien-être, l'amour-propre et le goût de vivre de ces derniers;
  - qui protègent leur sécurité, leur sûreté et leur vie privée;
- pour favoriser une utilisation plus efficace et efficiente des établissements de soins actifs ou de courte durée et de soins de longue durée et des services de soutien communautaires;
- pour réduire la demande d'établissements de soins de longue durée subventionnés par le gouvernement;
- pour fournir les services susmentionnés à un coût pour l'État inférieur à celui des soins de longue durée en établissement.

Le programme Companion Care prend en compte et vise à renforcer les droits et la capacité des consommateurs de soins de longue durée d'exercer leur autonomie et leur indépendance dans toute la mesure de leurs possibilités. Il reconnaît leur droit d'avoir accès à des soins, à des cadres et à des services :

- qui accroissent leur bien-être, leur amour-propre et leur goût de vivre;
- qui leur permettent de faire des choix éclairés et d'accepter les risques s'y rattachant;
- qui protègent leur sécurité, leur sûreté et leur vie privée;
- qui sont fondés sur un engagement en faveur d'un travail d'équipe de qualité, de la libre communication, de l'intégrité et de l'imputabilité personnelles et professionnelles.

Ces principes, cette philosophie, ces buts et ces stratégies constituent la logique du modèle qui guide le programme. Les clients sont très satisfaits de Companion Care, qui est perçu comme une bonne solution de rechange pour les gens capables d'y participer.

Continuing Care Counsellor Program
Centre de santé communautaire de Red Deer

Le conseiller en soins de longue durée, dont le poste a été établi en 1996, fournit en milieu institutionnel et communautaire des services de consultation aux clients, aux familles et aux dispensateurs de soins du système de soins de longue durée, en collaboration avec les membres de l'équipe de la santé. Ses secteurs de responsabilité comprennent les interventions auprès de la clientèle, la communication et la liaison ainsi que l'évaluation. Le conseiller en soins de longue durée s'est révélé extrêmement efficace pour traiter les questions relatives aux clients et aux familles et il est un élément utile de l'équipe des dispensateurs de soins. En outre, le conseiller réduit fort efficacement la charge de travail des membres des autres équipes de dispensateurs de soins (c'est-à-dire les coordonnateurs des soins individuels à domicile, le personnel des soins de longue durée) en s'occupant des questions épineuses qui touchent les clients et leur famille.

Programme de prévention des chutes
Région sanitaire de Mistahia

Le Programme de prévention des chutes est une initiative à court terme de la région sanitaire de Mistahia. Lancé en octobre 1997, il s'est poursuivi jusqu'au 31 mars 1998; il visait à élargir la base de connaissances et à solidifier les assises des aînés relativement aux façons de prévenir les chutes. Les clients ont été peu nombreux, mais ils étaient enthousiastes et le programme a réussi à attirer l'attention sur l'importance de la prévention.

Modèle de soins holistiques
Centre de soins prolongés Beverly, Programme Father Lacombe de soins journaliers pour adultes

Ces deux organismes suivent un modèle de soins holistiques, selon lequel les soins dispensés avec compassion sont axés sur la qualité de vie, comme la définit le client. D'après ce modèle, le client a des droits, des responsabilités et, surtout, des choix. Les deux organismes mettent l'accent sur l'autonomie des clients et les plans de soins sont déterminés d'après les besoins perçus de ces derniers. Le modèle met également l'accent sur le dispensateur de soins.

Maximum Access
Centre de santé de Cold Lake

Maximum Access fait partie d'un projet pilote conjoint de Santé Alberta, de Nouveaux Horizons et de l'administration fédérale. Le programme vise à accroître l'accès des aînés aux services et aux programmes qu'ils choisissent. Reposant sur un modèle social plutôt que sur un modèle médical, il vise à permettre aux aînés eux-mêmes plutôt qu'aux fournisseurs de soins de santé de déterminer les services dont ils ont besoin.

Native Heritage/Enrichment
Rosefield Centre

Le programme Native Heritage/Enrichment vise à permettre l'application des traitements médicinaux et des coutumes autochtones dans le cadre des soins de longue durée. Tous les aînés autochtones dont l'état justifiait leur admission au centre pour y recevoir des soins 24 heures sur 24 avaient le droit de participer. Les éléments de programme suivants ont été offerts : des visites de guérisseurs, des cérémonies au foin d'odeur, une cuisine et un décor propres à la culture autochtone, et un pow-wow annuel. Le programme repose sur le principe suivant lequel on guérit dans un cadre qui accepte et qui appuie la culture et les croyances d'une personne, ce qui favorise sa paix intérieure et sa santé physique et psychologique.

Le programme mène à une plus grande cohérence à l'intérieur de toute la communauté et entre les cultures. Les résidents sont plus heureux dans leur décor et les Aînés se sentent honorés par la possibilité qui leur est offerte d'enseigner leur culture aux membres du personnel de l'établissement.

Provost Alternate Housing Project
Région sanitaire régionale du centre Est 7

Cet ensemble s'inspire d'un projet pilote mis en place en 1996 pour étudier différentes options de logement visant à répondre aux besoins des clients nécessitant des soins légers et ne pouvant plus occuper un lit de soins de longue durée, dont le nombre ne cesse de diminuer. La proposition d'un projet pilote sur les options de logement reposait sur le principe selon lequel le client devrait pouvoir choisir et décider lui-même de ses besoins en matière de services de santé et de logement. Il faudrait répondre aux besoins médicaux du client et à ses choix en matière de logement, de façon à tenir compte de ses besoins personnels et à permettre une prise de risque responsable et négociée, dans un contexte qui favorise l'intimité et la dignité de la personne. Les services sont dispensés dans un milieu de vie en groupe, en ayant recours à d'autres programmes communautaires pour améliorer la qualité de vie et l'état de santé du client et pour maintenir et favoriser son autonomie.

Le programme est axé sur l'autonomie et le choix. On encourage les clients qui le peuvent à faire leur lit et une part du travail dans la cuisine. Les services sont planifiés de concert avec le client et la famille et toutes les parties discutent et conviennent ensemble du moment, du lieu et de la façon de dispenser les services. Les clients participent à des activités récréatives lorsqu'ils le souhaitent et ne sont pas poussés à y participer contre leur gré. Les repas sont offerts avec une certaine souplesse et les visites de l'infirmière et les traitements sont planifiés selon la préférence du client.

Les clients et les familles sont très satisfaits des services reçus et ils sont heureux d'avoir leur mot à dire et de pouvoir choisir. Le projet a contribué efficacement à la réduction du nombre de lits de soins de longue durée et de l'ensemble des coûts du système de santé. Bien que peu de clients aient participé au projet jusqu'à présent, certains facteurs indiquent que le programme favorise un

plus grand détachement de la vie en établissement, le report ou la prévention du placement en établissement, les congés de l'hôpital, et de l'évaluation et l'aiguillage vers d'autres ressources communautaires.

Modèle d'autogestion de la santé
Santé de la population, Autorité sanitaire régionale du centre Est 7

Le Programme de mieux-être des aînés est un nouveau programme lancé en mai 1997. Il vise à resserrer les liens communautaires et à améliorer le bien-être des aînés. Son objectif premier était d'assurer le passage d'un modèle médical, qui met l'accent sur les « soins aux aînés », à un modèle d'autogestion de la santé, qui encourage les aînés à prendre leur santé en mains. Par conséquent, les aînés qui y participent trouvent des moyens innovateurs de répondre aux besoins définis collectivement, y compris un programme de sécurité pour les aînés et une cuisine communautaire.

Short Term Assessment and Rehabilitation (S.T.A.R.) Program
Peace Health Region

Le programme S.T.A.R. a été mis sur pied en 1996 pour assurer une évaluation interdisciplinaire complète et des services de réadaptation dans un centre de soins de longue durée aux gens qui n'ont plus besoin de recevoir des services de soins de courte durée ou de résider en permanence dans un établissement de soins de longue durée, mais qui ont des besoins à court terme supérieurs à ce que les ressources actuellement disponibles par l'entremise du programme de soins à domicile permettent de combler. Il est axé sur les personnes ayant besoin d'une période de convalescence, comme d'une période de réadaptation cardiologique ou orthopédique, à la suite d'une chirurgie ou d'une maladie aiguë. Il inclut aussi les gens en situation de crise sur le plan émotif, financier ou du logement. Il n'est cependant offert qu'aux personnes de 18 ans et plus.

Il est destiné aux gens qui sont sur le point de rentrer chez eux et repose sur le modèle consistant :

- à prendre plus de temps pour assurer une évaluation globale, centrée sur le client, au moyen d'une approche interdisciplinaire;
- à identifier et à utiliser des ressources pour répondre aux besoins d'une personne pendant sa participation au programme;
- à promouvoir l'utilisation efficace et efficiente des ressources des établissements de soins de courte et de longue durée;
- à permettre aux gens et aux membres de leur famille de faire des choix éclairés qui favoriseront leur qualité de vie;
- à gérer efficacement les services et à faire montre de l'imputabilité au niveau de l'utilisation des deniers publics.

Le programme S.T.A.R. réussit non seulement à satisfaire les clients, mais également à développer des relations de collaboration et la communication avec les professionnels d'autres disciplines de la santé qui y sont associés. Il permet aussi de réaliser des économies de coûts marquées.

Modèle de soins social - Unité de soutien cognitif
Extendicare, St. Paul

L'unité de soutien cognitif établie dans la maison Westview procure un milieu thérapeutique amélioré aux aînés de l'établissement qui ont une déficience cognitive. Ce programme mis en œuvre en 1996 repose sur un modèle social souscrivant à la philosophie selon laquelle les clients âgés atteints de déficience cognitive fonctionnent mieux dans de petits milieux non structurés, en présence d'autres personnes ayant des besoins semblables. Les stratégies et l'approche du programme visent à minimiser la structure et à instaurer une atmosphère où les activités se déroulent librement. On met l'accent sur les tâches qui intéressent les résidents et auxquelles ils sont capables de participer. Bien que le programme n'ait pas changé sensiblement l'état cognitif des clients, le personnel a noté une diminution des poussées d'agressivité entre résidents et à l'égard du personnel, une capacité d'attention plus longue et une anxiété moindre de la part des clients ainsi qu'une amélioration de leur satisfaction générale.

Supportive Pathways Program
Carewest

Le programme Supportive Pathways vise à assurer une approche centrée sur le client vis-à-vis des soins aux gens atteints de démence. Il inclut un cadre de vie adapté aux besoins de la clientèle, une formation spécialisée pour le personnel et une aide soutenue aux membres des familles des patients. Il permet d'offrir en permanence des services de longue durée aux clients atteints de la maladie d'Alzheimer et d'autres démences apparentées. Même si ses gestionnaires trouvent difficile de découvrir de bons modèles de soins à partir desquels travailler, le programme est néanmoins en train de passer d'un modèle médical à un modèle plus social. Tant le personnel que les familles des clients du programme s'en déclarent satisfaits.

Transitional Care Program
Allen Gray Continuing Care Centre

Le programme de soins de transition offert par le centre de soins de longue durée Allen Gray est conçu pour offrir des services aux clients de la communauté qui exigent davantage de services que ce que le programme de soins à domicile peut assurer, mais qui n'ont pas besoin d'être admis dans un établissement de soins de courte durée. Sa population cible est constituée de personnes âgées en perte d'autonomie dont l'état est chronique et qui sont en crise aiguë, comme les personnes atteintes de la maladie de Parkinson, du diabète ou d'une pneumonie et celles qui ont des plaies qu'il faut traiter.

Le programme Transitional Care est un projet de démonstration axé sur la fourniture de services aux aînés dans une atmosphère familiale leur permettant de récupérer et de retourner vivre dans la communauté. La plupart des gens qui y sont inscrits se disent satisfaits du programme. Ce dernier permet également d'éviter des coûts, puisque la fourniture de soins 24 heures sur 24 pour faire face aux situations de crise que vivent les aînés sur le plan de la santé s'avère plus rentable que l'admission dans un centre hospitalier de soins de courte durée, dont les coûts sont plus élevés.

Wedman Village Homes
The Good Samaritan Society

Le projet Wedman Village Homes a pour objet d'offrir des services de soins de longue durée à domicile aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'autres démences semblables, afin de remplacer les soins de longue durée en établissement. L'approche des soins est un modèle social qui repose principalement sur l'idée selon laquelle plus le milieu est connu, plus il est facile pour une personne souffrant de déficience cognitive de fonctionner.

Le projet confère une approche non institutionnelle aux soins dispensés aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer. Le modèle des soins à domicile « normalise » le milieu de vie des personnes qui ont de la difficulté à interpréter leur monde. Le principe de Wedman Village Homes consiste à tirer parti de ce qui reste d'autonomie fonctionnelle aux personnes en les encourageant à effectuer des tâches qu'elles connaissent bien (par exemple, mettre la table, faire la lessive, etc.). Le faible niveau de stress et le milieu connu d'une ambiance résidentielle permettent de bien doser l'intimité et la vie sociale. L'accent est mis sur une vie qui se déroule, dans la mesure du possible, de la même façon qu'au début de la maladie. La taille restreinte du milieu et la stabilité du personnel permettent de dispenser des soins à dimensions humaines.

Les pratiques en matière de soins sont adaptées aux compétences et à la personnalité des gens. Les soins sont dispensés de façon à ce que les activités soient spontanées et se déroulent au rythme d'une journée « normale ». Le personnel intervient pour prêter main-forte au besoin; l'approche est adaptée à l'état de la personne à ce moment-là. Il n'existe pas de programme thérapeutique structuré, mais les activités quotidiennes et spontanées normales sont soutenues par un personnel créatif qui aide les résidents à rester en contact avec eux-mêmes, avec les autres et avec la communauté qui les entoure. Un personnel formé est à l'affût des indices précurseurs de problèmes et peut compter sur les spécialistes de toute l'organisation lorsqu'un besoin survient.

5.2 Colombie-Britannique

Programme de soins de jour
Rocky Mountain Lodge

Ce programme de soins journaliers permet aux adultes et aux aînés de participer à un programme social relié à la santé qui donne un répit aux aidants naturels familiaux. Cependant, il a aussi pour objectif d'initier les aînés à la vie en établissement. On croit que cette initiation facilite la transition entre le foyer et le placement en établissement, au cas où il en serait question éventuellement. Parmi les activités et les services offerts, on compte des activités sociales, des programmes éducatifs, des voyages, des bingos, de l'exercice, du bricolage et de l'artisanat, de la consultation familiale, des services bancaires, des conseils en nutrition et des dispositions médicales.

Le programme permet aux personnes de choisir l'ampleur des soins qu'elles reçoivent tout en restant autonomes chez elles.

Community Busy Bus
Pleasant View Housing Society

Ce programme vise à donner aux aînés et aux personnes handicapées physiquement des options de transport qui leur permettent de participer à des loisirs sociaux. Pour assurer sa réalisation, on a dû mettre en place un modèle de partenariat afin d'établir des relations avec divers groupes et organismes qui ont besoin de moyens de transport et qui peuvent en retour assumer une partie des coûts de fonctionnement.

Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)
Centre de soins Hawthorne

Ce programme a été lancé en 1997 pour faciliter le placement en établissement des clients de la CAPD qui ne sont pas en mesure de retourner chez eux après leur hospitalisation. Il a pour objet de réduire le nombre de lits utilisés dans les hôpitaux en devançant les congés, de favoriser le recours aux services de l'établissement en perfectionnant les infirmières autorisées et d'obtenir des résultats positifs sur la santé en permettant aux clients de poursuivre leur traitement de prédilection et en leur offrant d'autres options de logement.

Bien que le programme en soit encore à ses débuts, il a déjà permis de réaliser des économies importantes.

Soins des pieds
Manoir Durend

Un programme de soins des pieds vient d'être mis en place au Manoir Durend pour répondre aux besoins des aînés de la collectivité. Ce programme s'inspire de la philosophie selon laquelle la prévention et la promotion de la santé sont des composantes importantes des soins de santé. Les programmes qui entraînent des changements positifs dans les habitudes sanitaires jouent un rôle essentiel dans l'amélioration de la santé fonctionnelle.

Grandfriends/Seniors Assisting and Guiding the Education of Students (S.A.G.E.S.)
Nelson & District Home Support

Ce programme a pour objectif d'accroître les possibilités du programme intergénérationnel tout en mettant à la disposition des aînés un programme de bénévolat approprié qui leur permet de mettre leurs talents à contribution dans la collectivité. Les aînés travaillent dans sept écoles où ils aident les élèves dans le cadre de leurs activités scolaires, notamment la lecture, les mathématiques, la cuisine, le bricolage et l'artisanat. Le projet permet de rapprocher les jeunes et les moins jeunes et de favoriser l'amitié entre eux.

Heritage Village
Région sanitaire de la vallée du Fraser

Heritage Village offre des soins infirmiers résidentiels et professionnels aux aînés. Le Multilevel Care Facility Advisory Committee, constitué dans le cadre du processus de planification du Village, a examiné ce qui faisait que les aînés étaient réticents à se faire placer dans une « maison de soins infirmiers ». Le comité a conclu que les maisons de soins infirmiers représentaient pour les résidents les pires aspects de la vie en établissement, à cause de la perte de choix, de liberté et de jouissance de la vie. À Heritage Village, on place le résident au centre du cercle de la guérison et, par conséquent, il est la personne la plus importante de l'établissement. Les besoins et les choix de tous doivent être connus et le personnel habilité doit y répondre dans la mesure du possible, compte tenu des ressources. Tous les soins et les services sont axés sur le résident et dispensés en fonction de celui-ci. Dans le cas des résidents qui ne sont plus aptes à faire des choix, on demande à la famille ou à d'autres personnes pertinentes de prendre les décisions relatives à la planification des soins et des activités. Les valeurs comme le respect, le service, le plaisir, la collaboration, l'apprentissage, l'intégrité et l'innovation y occupent une place essentielle.

La stratégie adoptée par Heritage Village dans le sens de cette philosophie a commencé avec la réévaluation de l'organigramme traditionnel. On a remarqué que le client-résident ne figurait pas sur l'organigramme, mais qu'à la tête de celui-ci il y avait le conseil d'administration et le PDG, qui sont en fait les personnes les plus éloignées du résident. Heritage Village a donc remodelé l'organigramme sous forme de cercle avec au centre le client et en périphérie, le conseil d'administration.

Des équipes spécialisées ont été mises sur pied pour travailler dans des « quartiers » particuliers (unités comprenant des chambres de résidence, des salles de bains, une salle technique, une cuisine, une salle à manger et une aire d'activité, des cours extérieures et des terrasses en bois). Des listes permanentes de résidents ont été remises aux dispensateurs pour rendre le milieu semblable à une structure familiale typique. Les résidents et leurs familles en sont donc rapidement venus à connaître leurs fournisseurs de soins.

Mise en œuvre d'études et d'indicateurs de résultats
Région sanitaire de la capitale

Bien que le programme offert par la Région sanitaire de la capitale continue d'évoluer, des études de programme et des indicateurs de résultats sont mis en œuvre pour en améliorer l'efficience et l'efficacité. Des examens normalisés de la satisfaction de la clientèle sont également en cours d'élaboration. On note actuellement l'opinion des clients et de la collectivité à partir de questionnaires ainsi que des commentaires des clients et des familles, des fournisseurs de soins et des organismes partenaires. On cherche également à améliorer le caractère fonctionnel du système de placement.

Mise en œuvre d'un système d'information
Soins de longue durée - Région sanitaire d'Okanagan Similkameen

La division des soins de longue durée de la Région sanitaire d'Okanagan Similkameen a pu récemment travailler de concert avec le Kelowna General Hospital (KGH) à l'établissement d'un système d'information intégré. Trois terminaux MEDITECH ont été installés pour permettre d'accéder au système d'information de l'hôpital. Grâce à son accès au système MEDITECH, le personnel du KGH a pu aiguiller des personnes en ligne vers la division des soins de longue durée; les infirmières de la division ont pu réduire le temps consacré à la liaison avec l'hôpital; l'accès à l'information sur le patient a été plus rapide et plus facile; tout le personnel a pu avoir accès au courrier électronique. La division des soins de longue durée a accès en ligne à l'information sur le patient. Les aiguillages se font également en ligne. On s'efforce actuellement de rendre les tableaux cliniques accessibles en ligne.

La mise en œuvre de ce projet a grandement amélioré la rapidité et l'exactitude de l'information sur le client qui est transmise de la maison à l'hôpital. Ce projet s'est avéré un succès, un effort novateur pour lier entre eux les organismes de services de santé.

Mobile Outreach to Caregivers
Trillium Lodge

Le projet vise à appuyer les aidants naturels de la collectivité. Les services permanents comprennent la consultation, les visites à domicile, une bibliothèque de documentation, des groupes de soutien et des services de bénévolat. Au chapitre des services ponctuels, on compte les ateliers éducatifs, les conférenciers invités et une foire commerciale annuelle. Le programme a connu beaucoup de succès auprès des aidants naturels de la région.

Centre d'information et d'aiguillage à guichet unique à l'intention des aînés
Nelson and District Home Support

Ce centre a été conçu par les aînés pour les aînés. Il vise à aider les aînés à rester chez eux grâce à divers services d'aiguillage, d'information et d'aide. Les services comprennent l'aiguillage téléphonique et l'information, un registre pratique des personnes, de l'information sur les groupes de soutien, des renseignements sur les pensions, des cliniques d'impôt sur le revenu et des cliniques de podologie. Le programme a permis d'économiser des ressources dans le système de santé en apportant une aide indirecte en matière de soins de santé.

Modèle de soins spirituels
Tabor Home Society

Le foyer de soins intermédiaires mis en place par la Tabor Home Society tire sa singularité du fait que son modèle de soins repose sur une base spirituelle très solide. Le programme visait à répondre aux besoins des Mennonites Brethren de la région (même s'il dessert actuellement des personnes de toutes les croyances); il repose sur la reconnaissance de Dieu comme seule source de vie et d'espoir. Les nombreuses victoires sur le plan de la qualité de vie des résidents, qui sont

devenus plus heureux, plus actifs et qui se sont tournés vers leur foi pour faire face aux changements qui surviennent dans la vie, témoignent du succès du programme.

Programme axé sur l'animation thérapeutique
Seniors' Therapeutic Activation Program

Ce programme qui s'adresse aux aînés souffrant de troubles mentaux met l'accent sur les loisirs. Il vise à faciliter l'amélioration et le maintien optimal d'une bonne forme et de l'autonomie en améliorant les aspects cognitifs, sociaux, émotifs et physiques de la vie de tous les jours.

L'approche permet aux clients de fonctionner au maximum de leurs capacités tout en leur laissant le choix de participer aux programmes et ce, d'une façon très rentable.

Soins de transition
Centre de soins de Northcrest

Ce programme a été lancé en 1998 dans le but d'offrir à court terme une solution de remplacement rentable à l'hospitalisation de soins aigus qui répond mieux aux besoins de la clientèle cible. Il s'adresse aux aînés stables sur le plan médical qui n'ont plus besoin des services de soins aigus, mais qui ont encore besoin de soins et d'interventions à court terme pour redevenir fonctionnels et retourner dans le milieu où ils se trouvaient avant leur hospitalisation. L'Unité de soins de transition (UST) effectue une évaluation multidisciplinaire et offre un traitement permanent aux patients qui répondent aux critères d'admission. Ces patients peuvent attendre un placement ou nécessiter une réadaptation à long terme dans l'optique de retourner chez eux. Le programme devrait également réduire le taux de réadmission aux soins aigus et le nombre de clients qui occupent des lits dans des établissements de soins intermédiaires à cause d'une évaluation prématurée de leurs besoins en soins à long terme; il devrait aussi démontrer l'efficacité d'un modèle de soins intégré faisant appel au médecin de famille et aux professionnels des soins de santé communautaire et paramédicale dans la prise de décisions et la gestion de cas des personnes acheminées à l'UST.

Le programme repose sur un modèle de cogestion qui assure une bonne collaboration dans le but de prodiguer des soins optimaux aux clients et de mettre en place un système efficace qui permet d'éviter le dédoublement des rôles ou des activités. Les premiers commentaires indiquent une grande satisfaction chez les clients; toutefois, le programme est encore jeune et son évaluation se poursuivra.

VISTA
Victoria Innovative Seniors Treatment Agency (VISTA)

VISTA est un programme novateur s'adressant aux personnes âgées qui éprouvent des problèmes quotidiens d'abus d'alcool ou de médicaments prescrits ou qui subissent de mauvais traitements. L'agence croit que les facteurs physiques, sociaux, comportementaux et spirituels interagissent pour procurer le bien-être. VISTA offre un service de réadaptation adapté aux aînés et dispensé avec dignité et respect dans une perspective holistique, avec le soutien d'une panoplie de

méthodes thérapeutiques; elle accorde de l'importance à l'autodétermination, à la responsabilité personnelle et à la confidentialité.

VISTA favorise le bien-être en s'acquittant d'un mandat de service en trois volets :

Le rayonnement des services - Les conseillers de VISTA visitent les clients à domicile pour effectuer une évaluation complète des problèmes et des points forts, y compris des problèmes de mauvais traitement des aînés, et pour mettre au point un plan de traitement personnalisé qui englobe la consultation, la défense des droits, l'information, la résolution de problèmes et le soutien individuel.

La composante résidentielle - VISTA offre une composante résidentielle limitée pour compléter le rayonnement des services.

Le développement communautaire - Les conseillers de VISTA dispensent des services de consultation, tiennent des ateliers éducatifs et collaborent à des initiatives de prévention et d'entraide.

Ce sont les besoins de chaque client qui déterminent la durée du rayonnement des services et de la composante résidentielle.

Young and Elderly Sharing School Project
Hôpital et centre de soins de santé de la collectivité de Slocan

Le projet Young and Elderly Sharing School Project est un projet intergénérationnel dans le cadre duquel des élèves de 5e, 6e et 7e année d'une école primaire locale, trois jours par semaine, ont suivi leurs cours réguliers dans l'aile des soins intermédiaires et prolongés de l'hôpital et du centre de soins de santé de la collectivité de Slocan. Voici les objectifs du projet :

- encourager l'établissement de relations durables et significatives entre les aînés et les élèves en donnant aux deux groupes l'occasion d'interagir de façon efficace;
- mettre en contact les systèmes d'éducation et de santé de façon avantageuse pour la clientèle des deux systèmes;
- influer positivement sur la santé des résidents en leur donnant l'occasion d'intervenir comme ils le veulent en racontant des histoires, en aidant les élèves à faire leurs devoirs et en participant à l'une ou l'autre ou à toutes les activités des élèves.

Ce projet a notamment permis de constater que les aînés et les élèves se sont fusionnés en une seule communauté et qu'ils se respectaient mutuellement pour la richesse que chacun tirait de leurs rapports.

5.3 Manitoba

Block Care
Autorité sanitaire régionale de Parkland

Block Care vise à offrir de meilleurs soins aux clients et à utiliser les ressources de façon plus efficace. On a cru en établissant ce programme qu'en regroupant les personnes qui nécessitent des soins, on pourrait en desservir un plus grand nombre à l'aide des ressources communes disponibles. Cette façon de dispenser les soins s'est avérée encore plus efficace pour déployer la main-d'œuvre et réaliser de grandes économies de coûts. Les clients en profitent parce que les travailleurs restent dans le secteur plus longtemps que s'ils ne servaient qu'une seule personne et ils sont donc à même de répondre aux besoins à mesure qu'ils surviennent. En outre, le service assuré est plus souple.

Programme de promotion de la continence
Centre de santé de Riverview

Lancé en 1998, le nouveau programme de promotion de la continence est un projet en deux phases. Au départ, il avait pour objectif d'élaborer et de mettre en œuvre un programme qui mettrait l'accent sur la promotion et sur la gestion de l'incontinence urinaire et fécale pour tous les clients du Centre de santé de Riverview. La deuxième phase aura pour but d'élargir les services de promotion de la continence aux clients qui vivent dans toute la ville de Winnipeg.

Voici les objectifs particuliers du projet :

- dispenser des services de réhabilitation de la continence à tous les patients hospitalisés et en clinique externe du Centre de santé de Riverview;
- monter une bibliothèque de documentation sur la continence qui soit accessible autant au grand public qu'au personnel du Centre de santé de Riverview;
- sensibiliser les clients, les familles, les professionnels des soins de santé et les élèves à la promotion et à la gestion de la continence;
- mener et soutenir des projets de recherche visant la promotion et la gestion de la continence;
- mettre sur pied un (des) groupe(s) de soutien de la continence à l'intention des clients qui souffrent d'incontinence urinaire ou fécale et de leurs familles.

Ce programme est conforme à la philosophie du Centre, qui consiste à axer les soins sur le patient.

Programme de répit la nuit
Centre de santé de Riverview

Le Programme de répit la nuit, qui a vu le jour en avril 1998, vise à donner un répit aux aidants naturels de la collectivité dont un membre de la famille souffre d'insomnie ou a besoin de soins la nuit. Le Programme permettra d'offrir des soins professionnels à huit clients, trois nuits par semaine, de 20 h à 8 h. Il comprend tous les services suivants :

- évaluation initiale du client;
- assistance avec activités de soins personnels limitées;
- élaboration d'un plan de soins personnalisé, en collaboration avec chaque client, sa famille et le coordonnateur des soins de longue durée;
- évaluation et surveillance permanentes du client et du plan de soins;
- service d'un goûter en soirée et d'un petit déjeuner léger;
- animation d'activités légères et de rencontres sociales;
- coordination du transport aller-retour pour se rendre au programme;
- rappels téléphoniques quotidiens à chaque client et aidant naturel;
- aiguillage vers d'autres organismes et services au besoin;
- soutien à la famille et aux fournisseurs de soins primaires et aiguillage;
- intervention visant à faciliter le repos et le sommeil;
- sensibilisation des clients, de la famille et du grand public;
- administration des médicaments aux clients au besoin.

On continuera d'évaluer et d'étudier le programme en vue d'en déterminer l'efficacité.

Logements supervisés
Club Lions de Winnipeg

Rimmer House, un programme offert par le Club Lions de Winnipeg, est un nouveau concept de logement en milieu de soutien pour les aînés qui en sont aux premiers stades et aux stades intermédiaires de la maladie d'Alzheimer ou d'autres troubles de la mémoire. Cet ensemble de logements en milieu de soutien de 12 unités constitue le premier projet pilote des Health's Supportive Housing Services du Manitoba.

Rimmer House a été mis sur pied pour répondre à plusieurs besoins de la collectivité. Le programme vise à fournir un nouveau genre de logements à 12 personnes qui proviennent d'un milieu hospitalier qui vivaient à risque dans la collectivité, dans des résidences privées avec soins à domicile, ou qui résidaient dans des logements inappropriés sans recevoir les services pertinents.

Ce projet a pour objectif de créer un autre type de communauté viable pour les établissements et les résidences des personnes, afin d'accroître l'accès aux soins de qualité nécessaires tout en encourageant une plus grande participation et un plus grand contrôle dans la prestation des services. Il vise également à garantir le respect de la personne en lui offrant un milieu stable et sûr, propice à l'autonomie. Les résidents participent au service des repas, à la lessive, au nettoyage et à d'autres travaux ménagers, ainsi qu'à une programmation spécialisée qui comporte des activités mentales, physiques, sociales, spirituelles, musicales et artistiques.

Rimmer House s'inspire d'un modèle social plutôt que d'un modèle médical. Bien qu'il reste encore à évaluer les économies de coûts, la grande satisfaction du personnel, des familles et des clients témoigne déjà de son succès; la maison met en place pour les clients plus d'occasions d'agir avec le plus d'autonomie possible.

5.4 Nouveau-Brunswick

McAdam Outreach for Seniors
Wauklehegan Manor Inc.

McAdam Outreach for Seniors, appelé auparavant projet Outreach, était au départ un programme de sept mois visant à lancer et à élargir une série de services pour aider les aînés et les personnes handicapées du secteur à rester à la maison le plus longtemps possible, en toute sécurité. Le principal objectif du programme consistait à embaucher et à former un groupe de bénévoles, sous la direction d'un coordonnateur rémunéré, pour qu'ils dispensent divers services. S'inspirant d'une philosophie de soins communautaires et de formation continue, le programme offre actuellement des services ménagers à domicile, un service de repas à domicile, un service de ramassage-repas, des bains tourbillons, un service de réconfort téléphonique, un système d'intervention d'urgence, un comptoir de prêt de matériel de la Croix-Rouge, des cliniques de podologie et un programme de nutrition.

Positive Aging
Harvey Outreach for Seniors

Harvey Outreach for Seniors est un groupe de maintien à domicile reconnu pour son approche innovatrice. L'organisme met l'accent sur le « vieillissement positif », une philosophie qui encourage les aînés à examiner ce qu'ils peuvent faire plutôt que de se concentrer sur ce qu'ils ne peuvent pas faire. Puisque l'accent est mis sur les activités qui tiennent les aînés fragiles actifs, ces derniers peuvent rester chez eux et vivre de façon autonome le plus longtemps possible.

Harvey Outreach dispense des services innovateurs aux aînés de la communauté rurale, ainsi que dans plusieurs collectivités périphériques. Harvey Outreach croit que la solitude est l'une des plus grandes difficultés avec lesquelles les personnes âgées sont aux prises et l'un des facteurs qui empêchent les personnes âgées de « penser comme si elles étaient jeunes ». Pour contrecarrer cette solitude, Harvey Outreach a instauré un programme de repas à domicile. Les aînés sont amenés dans un endroit central de la communauté pour un déjeuner une fois par semaine. Toutes les deux semaines, des activités ou des divertissements après le repas sont planifiées. Harvey Outreach s'emploie à élaborer des programmes innovateurs et rentables pour permettre aux aînés de mener une vie plus active et autonome.

Équipe psychogériatrique
Centre de santé mentale de Fredericton

L'équipe psychogériatrique a pour objectif de répondre aux besoins des aînés en matière de santé mentale par la consultation, l'éducation, la thérapie, l'aiguillage et d'autres interventions appropriées. Ce programme est unique car il fait appel à une approche d'équipe. Le chef de l'équipe (un psychologue à temps partiel) fait un minimum de gestion et de discussion de cas et il assure la liaison avec le directeur exécutif du centre de santé mentale. Dans une large mesure, les membres de l'équipe travaillent en collaboration pour les questions d'éducation, d'attribution des cas, d'intervention et de priorités. Des journées consacrées à la promotion du travail d'équipe

font également partie des nouvelles initiatives mises de l'avant. L'équipe a également commencé à utiliser des ordinateurs pour mieux gérer l'information.

Mesures de rémunération incitative
Maritime Riley Home Care Inc.

À la société Maritime Riley Home Care Inc., on est d'avis que la clé de la prestation efficace des services de soins à domicile est la compétence du personnel qui les dispense. Par conséquent, on croit qu'il est important de stimuler, de motiver et de récompenser les employés. En plus d'être éduqué et formé de façon intensive, le personnel est également récompensé pour son rendement et ses réalisations. Il en résulte que le personnel et les clients sont satisfaits.

5.5 Terre-Neuve

Coordination des services de soins de longue durée - Modèle d'accès unique
Health and Community Services - régions Centrale, Est, Ouest et de St. John's, Health Labrador Corporation

Ces organismes coordonnent les services de soins de longue durée qu'ils offrent. Les programmes reposent sur une seule philosophie et un seul processus d'évaluation et de placement. Ce processus prévoit l'accès à une gamme de services précis à partir d'un point de coordination unique pour l'évaluation et le placement dans le système de soins de longue durée. On met l'accent sur les besoins des clients plutôt que sur ceux des fournisseurs de services. Selon ce modèle, les clients sont placés dans le service approprié, compte tenu des besoins évalués en fonction de la norme dans le continuum des soins. Le processus met également l'accent sur :

- le droit des personnes et de leur famille de prendre leurs propres décisions, de participer à leur plan de soins et d'accepter ou de refuser tout service;
- le droit des personnes qui reçoivent des services d'exiger que l'on tienne compte de leurs besoins physiques, psychologiques et spirituels lorsque des décisions qui les touchent directement ou indirectement sont prises;
- le droit de chaque organisme de faire en sorte que les besoins d'une personne correspondent exactement aux services et aux ressources que l'organisme met à sa disposition.

5.6 Territoires du Nord-Ouest

Programme de réparations des maisons à l'intention des aînés
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Ce programme vise à aider les personnes âgées qui sont propriétaires de leur maison et qui l'occupent à la réparer et à en améliorer l'état. Il s'agit d'améliorer les conditions de vie des

personnes âgées pour qu'elles restent autonomes chez elles malgré leur âge. L'aide est donnée sous la forme d'une subvention maximale de 7 500 $.

Stratégie de vie autonome pour les aînés
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Cette stratégie a été élaborée dans le but d'aider les aînés à accéder à des logements abordables. Elle reconnaît que même si la pénurie de logements touche les personnes de tous âges, il faut porter une attention particulière aux aînés. Cette stratégie raffermit la volonté de soutenir les personnes qui restent dans leur propre collectivité en vieillissant et vise à promouvoir l'autonomie des aînés en ayant recours à d'autres programmes de soutien comme les soins à domicile. Dans le cadre de cette stratégie, des logements locatifs subventionnés sont construits pour les aînés et le loyer est établi à zéro.

Ligne d'information 1 800 pour les aînés
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Cette ligne téléphonique vise à permettre aux aînés d'obtenir de l'information et des réponses à leurs questions et à leurs préoccupations. Elle se veut un guichet unique où les personnes âgées de 50 ans et plus, les familles, les fournisseurs de soins et les travailleurs communautaires peuvent obtenir des renseignements et l'aiguillage dont ils ont besoin. Dans les Territoires du Nord-Ouest, les « seniors » sont les 60 ans et plus et les « elders », les 50 ans et plus.

5.7 Nouvelle-Écosse

Alternative Living Programs
Cape Breton Community Housing Association

La Cape Breton Community Housing Association a pour mandat d'offrir un soutien communautaire de qualité et des programmes de rayonnement des services aux consommateurs de services de santé mentale pour adultes dans un contexte non institutionnel. L'Association administre deux programmes : 1) les appartements supervisés, dans lesquels un ou deux résidents partagent un foyer et 2) les résidences Small Options, dans lesquelles vivent trois résidents. La durée de la supervision varie entre deux heures par jour pour les appartements supervisés et de 8 à 24 heures par jour dans une résidence Small Options.

Community Outreach
Cape Breton Community Housing Association

Community Outreach, qui offre des soins à domicile et un programme d'autonomie fonctionnelle, repose sur la croyance selon laquelle un continuum de soins aide à prévenir le « phénomène de la porte tournante » entre la collectivité et les établissements. La planification axée sur le client, avec mesure des résultats, contribue également à l'atteinte des niveaux d'autonomie optimaux.

Chaque résident a un plan de soins individuels conçu pour répondre à ses besoins dans le processus de réadaptation.

Élaboration de normes
Shannex Health Care Management

L'une des plus importantes initiatives menées à bien récemment par Shannex Health Care Management a été l'élaboration de normes, notamment du premier jeu complet de manuels Shannex pour guider les processus de travail. Beaucoup de programmes ont participé à l'accréditation nationale du Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS). En outre, Shannex a remodelé son processus d'évaluation du rendement pour qu'il mette l'accent sur les normes du CCASS et les aspects comportementaux du travail.

Eden Alternative
Scotia Nursing Homes Ltd.

Ce programme vise à promouvoir un milieu de vie de qualité pour les clients et l'éducation continue pour le personnel dans un établissement axé davantage sur le client. Eden Alternatives s'efforce d'instaurer une ambiance « familiale » en ayant recours à la zoothérapie, à la thérapie horticole, à la promotion d'un milieu de vie personnalisé et à la promotion et au maintien d'une interaction entre le client, le personnel, la famille et la collectivité. La promotion du bien-être spirituel est également une composante importante du programme.

Foyers de groupe
Cape Breton Community Housing Association

Ces foyers visent à fournir un chez soi aux adultes atteints d'une maladie mentale chronique. La vie dans un foyer de groupe encourage l'autonomie et l'intégration communautaire. Des soins permanents sont prodigués dans les domaines suivants : santé physique et mentale, supervision des médicaments, bien-être social et spirituel, intégration communautaire, développement des habiletés de la vie quotidienne, autonomie, consultation, encouragement et soutien. Les foyers de groupe sont autorisés à dispenser des services à un maximum de neuf résidents dans un milieu propice à l'apprentissage et le personnel y est présent 24 heures sur 24.

Programme d'aide pour l'administration des médicaments
Northwood Homecare

En 1996, Northwood Homecare a mis au point un programme d'aide pour l'administration des médicaments afin de pallier à la réduction des heures de soins professionnels à domicile du régime provincial. Cette réduction a laissé à plusieurs aînés le soin de s'occuper eux-mêmes de leurs médicaments. Northwood Homecare communique maintenant avec la pharmacie Northwood afin de distribuer les médicaments aux clients en lots hebdomadaires de paquets à bulle clairement étiquetés de façon à guider la personne dans la prise de son médicament à l'heure dite, au jour le jour. Ce programme coûte au client et au système beaucoup moins cher que l'aide infirmière à domicile quotidienne.

Atelier protégé
Skyline Enterprises

Le programme Atelier protégé vise à procurer un emploi valable aux adultes de tous les âges qui souffrent de problèmes physiques et mentaux et qui habitent au centre résidentiel pour adultes. Il comprend des cours de céramique et de tricot et d'autres activités de bricolage et d'artisanat, de même que l'exploitation d'une boutique d'occasions et d'artisanat où l'on vend les produits fabriqués par les participants au programme. Le programme est axé sur le client et met l'accent sur la promotion de l'autonomie et de la liberté de choix.

Programme de formation du personnel
Northwood Homecare

Northwood Homecare a mis au point un cours d'aide à domicile accrédité à l'intention de tous ses employés pour faire en sorte de répondre aux besoins croissants de soutien à domicile en offrant le niveau de service le plus élevé possible. Le cours en trois étapes ne coûte rien et il est très complet; la formation traite de la mécanique corporelle et des techniques de soulèvement, des précautions à prendre relativement au VIH, de l'élimination des aiguilles, de la préparation des aliments et de la sécurité.

De plus, Northwood Homecare soutient les membres de son personnel en offrant des cours permanents et un accès téléphonique 24 heures sur 24 aux gestionnaires de cas et aux superviseurs infirmiers. Northwood Homecare tient également des cercles de qualité avec le personnel et bâtit un réseau de soutien des aides à domicile. En plus d'assurer un soutien éducatif et un soutien par les pairs à ses employés, l'organisme a instauré en 1996 une nouvelle échelle de rémunération qui les place parmi les mieux rémunérés au sein d'une industrie traditionnellement sous-rémunérée. Grâce à l'amélioration de la qualité de la vie et du salaire du personnel, le roulement des effectifs a diminué sensiblement. La continuité des soins qui en découle fait en sorte que les clients reçoivent des soins de grande qualité.

5.8 Ontario

Community Link/Aging in Place
VHA Health and Home Support Services

Le programme Community Link/Aging in Place vise à promouvoir le bien-être, la qualité de vie et le vieillissement à domicile des locataires des immeubles d'habitation pour aînés. Les services offerts dans le cadre de ce programme comprennent l'information permanente et l'aiguillage, la défense des droits, les visites de soutien, l'accès à un centre de documentation et les programmes de promotion de la santé.

Dans le cadre de ce programme, un coordonnateur de services est embauché pour travailler sur place dans un grand immeuble de la Hamilton-Wentworth Housing Authority avec une équipe d'aides familiales et une équipe pluridisciplinaire d'autres fournisseurs de services. Tous les

résidents sont invités à profiter des services du coordonnateur pour obtenir des renseignements, se faire diriger, recevoir des visites à domicile et participer aux programmes sociaux et de sécurité. Ce service amélioré d'aide familiale communautaire avec coordonnateur sur place reconnaît les rapports entre les facteurs biologiques, sociaux, psychosociaux et fonctionnels qui mettent en danger les aînés fragiles.

Ce programme est plus vaste que le logement avec services de soutien, qui limite les services à certains clients dans un immeuble. L'avantage de ce modèle de prestation de services est que tous les locataires sont admissibles au programme; on établit un modèle de soins par anticipation, pierre angulaire du maintien d'une santé optimale chez les aînés de la collectivité, ce qui atténue la nécessité d'avoir recours au système de soins de santé, plus coûteux. Le programme décloisonne les fonds existants et les regroupe à ses propres fins, il relie de façon efficace les ressources existantes plutôt que d'ajouter un autre niveau administratif et il prévoit à la fois des services rémunérés et des services bénévoles dans l'immeuble en faisant intervenir les locataires à titre de bénévoles. Ce modèle fonctionne bien dans quatre immeubles pour les aînés de l'Hamilton-Wentworth Housing Authority.

Fit to « Really » Live
Institute for Positive Health for Seniors Inc.

Fit to « Really » Live est un atelier d'éducation et de formation qu'a élaboré l'Institute for Positive Health for Seniors Inc. (IPHS) à l'intention des personnes dont le travail consiste à aider les adultes âgés et inactifs dans leur vie de tous les jours. Ce programme vise à former les fournisseurs de soins pour qu'ils motivent et aident les aînés fragiles à regagner forces et souplesse grâce à l'activité physique.

Nouveau programme lancé en 1998, Fit to « Really » Live ne reçoit pas encore un financement suffisant. Il a cependant motivé d'autres groupes communautaires à lancer des programmes semblables.

Services d'information et d'aiguillage
Centres d'accès aux soins communautaires de Toronto, de Niagara et de Scarborough

Les centres de documentation ont été établis pour abriter les centres d'information et d'aiguillage. De la documentation, des trousses d'information, des dépliants et des documents informatisés y sont mis à la disposition de tous les résidents, qu'ils soient ou non admis à un programme de soins à domicile. Ces services visent à favoriser l'expansion et l'amélioration de l'accès communautaire.

Partenariats
Centres d'accès aux soins communautaires (CASC) de la région de Waterloo, de Peel et de London et Middlesex

La formation de partenariats est un concept généralisé en Ontario. Par exemple, le centre d'accès aux soins communautaires de Scarborough a fait des démarches en vue d'établir des partenariats avec d'autres organismes communautaires et hôpitaux afin de participer à des initiatives de

planification conjointe et de services communs. Le CASC de Peel a quant à lui établi des partenariats avec des hôpitaux en participant à des équipes d'intervention rapide, à des programmes de relève ou à des initiatives de transition hôpital-foyer.

Programmes d'activité physique
Centre for Activity and Aging

Le Centre for Activity and Aging (CAA), un établissement de recherche, a vu le jour en 1989. Le CAA a pour mandat d'étudier la relation entre l'activité physique et le vieillissement. Il doit également traduire les constatations de la recherche en stratégies visant à assurer le maintien d'un mode de vie autonome chez la population vieillissante et à maintenir et à améliorer les niveaux fonctionnels des personnes qui vivent dans des milieux où elles sont plus dépendantes.

Le CAA offre 16 programmes d'activité physique sur place à ses 400 participants. La plupart se tiennent trois fois par semaine à longueur d'année. Le CAA a aussi participé à la mise sur pied d'autres programmes d'activité physique communautaire dans des logements pour personnes à faible revenu, dans les collectivités urbaines et rurales et dans les collectivités des Premières nations.

Voici quelques-uns de ses programmes de formation et d'éducation :

Le cours de moniteur de conditionnement physique pour les aînés, un cours d'animation visant à enseigner aux adultes à devenir des moniteurs d'éducation physique, a accueilli 500 participants jusqu'à présent, dont la majorité sont âgés de plus de 55 ans.

L'atelier d'activité physique pour les personnes recevant des soins de longue durée est un programme de formation en pédagogie à l'intention des personnes qui travaillent avec des aînés fragiles, que ce soit en établissement ou à domicile.

Le programme d'exercices pour le maintien à domicile préconise des exercices s'adressant particulièrement aux aînés fragiles confinés à la maison. Le personnel de soins à domicile y apprend comment concevoir et maintenir un programme d'exercices pour ses clients.

La formation sur les aides en soins de réadaptation fonctionnelle a été élaborée sous la direction de deux établissements locaux de soins de longue durée. Les composantes de ce cours de 36 heures comprennent la formation sur le transfert et la mobilité, un programme d'alimentation sûre et efficace et un module sur la communication et le vieillissement qui s'adresse à la fois au personnel et aux résidents.

Les programmes d'activité physique offerts au CAA comprennent l'entraînement aux poids, la marche vigoureuse, un programme d'exercices pour les personnes souffrant d'arthrite ou d'ostéoporose et un programme de tai-chi.

Malgré le manque de financement de base, le CAA a réussi à travailler avec les collectivités pour offrir des programmes d'activité physique autosuffisants à l'intention des personnes âgées

autonomes et à mettre en œuvre des programmes d'activité physique dans des établissements de soins de longue durée.

Demande de propositions
Centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario

Le système de demandes de propositions est une initiative récente commune à tous les centres d'accès aux soins communautaires. Jusqu'ici, les programmes de soins communautaires impartissaient leurs services; la province passe cependant à un modèle de concours ouverts pour obtenir la meilleure qualité au meilleur prix possible. En trois ans, tous les services directs à l'exception de la gestion de cas doivent être impartis par l'entremise d'un processus de demande de propositions, sauf s'il n'existe qu'un seul dispensateur de services dans le secteur et si ce dernier respecte les exigences. Une demande de propositions semblable est également requise pour les marchés de fournitures et d'appareils médicaux.

Cette année et les deux suivantes, seul un pourcentage des services à contrat feront l'objet d'un appel de propositions, de sorte que les fournisseurs de longue date auront le temps de s'ajuster à la concurrence accrue. Les fournisseurs se feront concurrence pour de nouveaux volumes ainsi que pour une partie de la part de marché actuelle.

On aura recours aux demandes de propositions pour acheter les services de la meilleure qualité au plus bas prix possible. Elles faciliteront l'établissement d'un processus normalisé pour les services contractuels des CCAC et de normes de qualité en matière de prestation des services.

Shared Care
Centres d'accès aux soins communautaires du district de Thunder Bay et des comtés de l'Est

Shared Care s'efforce d'apporter à sa clientèle une aide familiale souple et fréquente, de la façon la plus efficace possible. Le programme est offert dans des résidences qui comptent une proportion élevée d'aînés et dispense des services grâce à des auxiliaires familiales à temps plein qui sont disponibles en tout temps dans l'immeuble. Les services d'aide familiale s'articulent autour des périodes de besoins précis (c'est-à-dire une heure allouée pour le lever, l'habillement et le petit déjeuner et une demi-heure plus tard dans la journée pour nettoyer). De cette façon, les services peuvent se répartir en périodes aussi courtes que 15 minutes, ce qui augmente la fréquence à laquelle le client peut être vu. Actuellement, les clients peuvent être vus 15 minutes le matin pour les petites tâches et il reste suffisamment de temps pour les soins personnels et la lessive plus tard dans la journée. Shared Care est un moyen très efficace, rentable et souple de dispenser des services.

5.9 Île-du-Prince-Édouard

Programme d'évaluation des aînés
PEI Health and Community Services Agency

L'élaboration et la mise en œuvre du programme d'évaluation des aînés accompagnaient l'examen et la réorganisation des services aux aînés à l'échelle provinciale. Le programme a pour objectif général d'améliorer et de coordonner l'évaluation et la prestation des services aux aînés de l'Île-du-Prince-Édouard. Il sert à définir les besoins de service, de soutien ou de liens entre les services régionaux. Il permet d'évaluer les risques personnels qui pourraient influer sur la santé et le bien-être du client et ouvre la discussion relativement aux opinions et aux interventions. Ce programme est proactif, c'est-à-dire qu'on y détermine les risques pour éviter les problèmes avant qu'ils ne surviennent. Le programme d'évaluation des aînés comporte six volets notamment : l'évaluation gériatrique, l'évaluation des aînés, le vieillissement en santé, la réforme de la santé, la planification rentable et responsable, et les partenariats.

Examen des besoins en soins de relève pour adultes, Î.-P.-É.
Health and Community Services Agency de l'Î.-P.-É.

Trois principaux types de soins de relève ont été établis afin d'aider les aidants naturels, notamment : les soins de relève en établissement, les soins de relève à domicile et les soins de relève en centre de jour. À ce jour, les soins de relève en centre de jours, mieux connus comme les programmes de soins journaliers pour adultes (PSJA), ont reçu, comparativement aux programmes de soins de relève en établissement et à domicile, une attention limitée. Cependant, les programmes de soins journaliers pour adultes représentent peut-être une solution de rechange viable pour les aînés à charge ainsi que les familles qui se chargent de leurs soins au sein d'une petite collectivité. Les programmes de soins journaliers pour adultes sont des programmes visant à la rentablilité qui permettent à l'aidant naturel de prendre une journée de congé ou d'effectuer des tâches non complétées, et à la fois, d'offrir une journée d'activités et de socialisation aux aînés à charge participants.

Quoiqu'il existe quatre modèles de programmes de soins journaliers pour adultes, les petites collectivités se servent généralement de certaines parties de chacun des modèles et forment un « modèle mixte » plus général dans le but d'offrir un éventail de soins qui répondent aux besoins individuels de la collectivité. Lors du stade d'élaboration d'un programme de soins journaliers pour adultes, plusieurs questions doivent être considérées, y compris : l'établissement, le personnel, les soins à offrir, les critères d'admissibilité et les coûts imputés aux participants.

Un étudiant du Programme de maîtrise en administration de la santé à l'Université Dalhousie a complété une étude portant sur les types de programmes de soins journaliers pour adultes partout au Canada. Il a élaboré un manuel pratique à l'intention des petits groupes communautaires qui préparent un projet ou aux fins de recherche d'un tel besoin à l'Î.-P.-É. Ce manuel sera distribué aux bureaux régionaux des soins à domicile de l'Î.-P.-É. et à tous les groupes de développement communautaire intéressés de l'Î.-P.-É.

Programme intégré de réponse aux besoins en santé mentale des aînés, Î.-P.-É.
Health and Community Services Agency de l'Î.-P.-É.

Ce projet a pour objectif d'offrir un protocole d'évaluation, de diagnostic et d'intervention anticipés auprès des aînés afin d'identifier et de diagnostiquer plus rapidement la dépression et la démence, y compris la maladie d'Alzheimer et d'autres troubles connexes qui ont un effet négatif sur l'état cognitif des aînés. Cela aidera à déterminer les besoins en matière de santé et de soutien; ainsi qu'à diriger les aînés et les familles vers les ressources appropriées en éducation, en planification et en soutien dans leur région et partout dans la province.

Ce projet provient du développement et de la mise en œuvre d'un processus de sélection préliminaire et d'évaluation à l'intention des Health and Community Services Home Care and Long Term Care de l'Î.-P.-É. La mise en œuvre d'un système d'entrée simple ou coordonné, à l'aide du SAST[1] Community/Continuing Care 1997 (tous droits réservés), a permis d'identifier le besoin d'établir un processus de sélection préliminaire et de diagnostic supplémentaire.

La fréquence de la dépression, de la pharmacologie déroutante et de la démence (y compris les affections vasculaires, les syndromes frontaux, l'usage de médicaments multiples et d'interventions ainsi que la maladie d' Alzheimer), a été le point de mire qui requiert la mobilisation de plusieurs secteurs afin d'identifier, de diagnostiquer et d'aider plus rapidement les aînés, les familles et les aidants naturels (formels et informels) à offrir l'appui, l'éducation et la planification d'interventions de façon anticipée.

Le résultat souhaité est précisément l'identification anticipée d'aînés nécessitant une évaluation, un diagnostic et une intervention, ainsi qu'un travail collaboratif avec ces aînés, leurs familles, et les organismes connexes afin d'offrir une approche sensibilisée, intégrée et coordonnée entre le gouvernement, les bénévoles et l'entreprise privée.

5.10 Québec

Soutien aux aidants
CLSC Frontenac

Un groupe de soutien mutuel et d'entraide a été établi pour les fournisseurs de soins. L'absence d'aide aux fournisseurs de soins fait partie des difficultés signalées par le répondant du CLSC. Les aidants naturels familiaux et bénévoles et les fournisseurs de soins de santé sont essentiels à la prestation de services efficaces aux aînés.

[1] *Seniors Assessment Screening Tool, Seniors Assessment Program, 1994-97, Veterans Affairs Canada and P.E.I. Dept. of Health and Social Services.*

Centre de jour
Centre de jour Henri Bradet

Le Centre de jour Henri Bradet vise la clientèle des aînés qui ont perdu une partie de leur autonomie à la suite de problèmes physiques, cognitifs, psychologiques ou sociaux. Le programme vise principalement à améliorer la qualité de vie du client et de sa famille grâce à une approche pluridisciplinaire et thérapeutique comportant des activités de prévention et d'éducation.

Le Centre de jour Henri Bradet ne s'appuie pas sur un modèle médical, mais plutôt sur la croyance selon laquelle les aînés sont en général plus heureux, plus épanouis et plus satisfaits en milieu familial. Ils ont le droit, dans les limites des ressources disponibles, de recevoir des services de soutien qui leur permettent de vivre chez eux le plus longtemps possible.

En outre, le programme repose sur la philosophie du respect mutuel entre les personnes, qu'il s'agisse du personnel, des clients, des étudiants ou des bénévoles. Les programmes et les services sont organisés de façon à répondre aux besoins individuels, à maintenir la dignité et à inculquer un sentiment d'estime de soi, de confiance en soi et d'acceptation saine de ses limites. Le centre reconnaît les exigences imposées aux aidants naturels et il cherche à collaborer avec eux et d'autres ressources communautaires pour les appuyer, leur donner un sentiment d'appartenance communautaire et offrir la meilleure qualité de vie possible aussi bien aux clients qu'aux aidants naturels.

5.11 Saskatchewan

Programme de soins de jour pour adultes
Anderson Lodge

Le programme de soins de jour pour adultes administré par Anderson Lodge a été établi en 1991 pour dispenser des services aux adultes afin de prolonger et d'augmenter leur capacité de demeurer aussi en forme et autonomes que possible. Ce programme, qui s'adresse aux adultes mobiles, met l'accent sur la prestation de soins émotifs et spirituels en plus des soins physiques, sur l'apport de nourriture et sur les services de relève offerts à l'aidant naturel. Bien qu'il se heurte à la contrainte des espaces limités et du manque de salles de bains, il réussit tout de même à apporter un répit aux aidants naturels et à prévenir ou à reporter l'institutionnalisation.

Planification multidisciplinaire de soins
District sanitaire de Parkland, District sanitaire du centre Est

La planification multidisciplinaire des soins était un thème commun abordé dans les questionnaires provenant de la Saskatchewan. Cette façon de dispenser des services aux aînés a permis de faire de meilleurs placements pour les soins de longue durée. Les services sont plus accessibles et les listes d'attente ont diminué. En général, la satisfaction du client s'est aussi améliorée.

Programme de santé et de soins de longue durée à l'intention des aînés
District sanitaire du centre Est

Le programme de santé et de soins de longue durée à l'intention des aînés a vu le jour en novembre 1997. Il a pour but de coordonner les soins et de dispenser des soins de longue durée, des services à domicile et des services de soutien grâce au travail d'équipe axé sur le client. Bien que le programme en soit encore à ses débuts, une équipe d'animation composée de clients et de représentants de divers groupes communautaires a été mise sur pied. En outre, un comité de hauts fonctionnaires formé de représentants de tous les volets du programme a été créé.

Point d'entrée unique
District sanitaire de Battlefords

Une initiative importante du District sanitaire de Battlefords a consisté à combiner tous les services de soins de longue durée (soins à domicile, établissements de soins de longue durée et unités d'évaluation coordonnée) en un seul programme, afin d'offrir aux consommateurs un point d'entrée unique. Ce fusionnement des services facilite en outre leur intégration et la participation intersectorielle.

Parmi les avantages que l'on retire de ce passage à un point d'entrée unique, on compte l'utilisation plus efficace des lits en établissement, une certaine baisse de l'utilisation des lits pour malades de soins aigus et une meilleure coordination des services de soins de longue durée.

5.12 Yukon

Modèle social de prestation des services
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Le programme de soins à domicile du Yukon tente d'utiliser une approche pluridisciplinaire et d'équipe vis-à-vis de la prestation des services de soins à domicile. Cette approche permet d'intégrer tous les volets en un seul programme. Plutôt que d'utiliser un modèle surtout médical, le programme s'articule sur un modèle social. L'une de ses caractéristiques distinctives est l'utilisation des travailleurs sociaux à leur pleine capacité. Ces derniers se chargent de l'accueil pour tous les cas de soins de longue durée et de soins palliatifs. Cette structure permet de faire intervenir les travailleurs sociaux avant plutôt qu'après qu'une situation de crise n'éclate.

6.0 Résumé

Le présent document est le rapport final du projet Soins de longue durée aux aînés : des modèles innovateurs des meilleures pratiques. Des révisions ont été apportées au rapport tel qu'il a été demandé par le Groupe de travail sur les soins de longue durée du Comité fédéral, provincial et territorial des hauts fonctionnaires (aînés). L'information qu'il renferme devrait être utile aux planificateurs, aux praticiens, aux chercheurs et aux décideurs pour l'adoption de modèles innovateurs de meilleures pratiques en matière de soins de longue durée aux aînés. Nous espérons qu'il aidera les aînés à acquérir davantage d'autonomie et une meilleure qualité de vie.

Les réponses au questionnaire ont identifié six thèmes directeurs comme caractéristiques des modèles de meilleures pratiques de soins de longue durée, notamment : l'orientation vers le consommateur et le client, la coordination et l'intégration, l'efficience et la souplesse, l'évaluation du programme, l'éducation, et l'accès. L'homogénéité de ces éléments a été perçue auprès de tous les organismes et ces éléments ont été soit adoptés ou sont en voie de mise en œuvre.

Sept défis importants en ce qui concerne le développement et la mise en exécution du programme ont été définis par les répondants, notamment : la pénurie de ressources, une mauvaise compréhension de ce que sont les soins de longue durée, les attentes du public, la géographie, l'effet de l'environnement politique, la complexité grandissante des besoins et la résistance au changement.

ANNEXES

I - QUESTIONNAIRE

SOINS DE LONGUE DURÉE À L'INTENTION DES AÎNÉS : DES MODÈLES INNOVATEURS DES MEILLEURES PRATIQUES

Santé Canada a mandaté l'Association canadienne de soins et services à domicile pour mener, à l'échelle nationale, une étude critique des différents modèles de soins de longue durée aux aînés. Il faut identifier les modèles des meilleures pratiques dont l'efficacité budgétaire qui garantissent à nos aînés des services et des soins de longue durée de la plus haute qualité.

Aux fins de la présente étude, on a défini l'expression « soins de longue durée » comme l'ensemble du système ou chaîne de services qui, à court ou à long terme, répondent aux besoins de nos aînés : besoins sociaux, besoins en santé et en soins personnels. Ces services comprennent les soins dispensés dans un centre de santé, dans la communauté ou à domicile. Ils s'adressent à des personnes qui requièrent des soins de courte durée ou d'une durée relativement longue, voire indéfinie.

Veuillez remplir le questionnaire ci-joint, conçu pour recueillir de la documentation dans toutes les provinces et territoires sur les plus récentes initiatives en matière de soins de longue durée dispensés à nos aînés dans les centres de santé ou dans leur communauté. Il peut s'agir de nouvelles approches dans la façon de dispenser les soins de santé et d'assurer le bien-être social. D'autres initiatives originales peuvent adopter une approche multisectorielle dans les domaines du soutien et des soins : les besoins ciblés sont le logement, le transport, l'aide sociale et les soins de santé. Nous recherchons des modèles et des programmes structurés plutôt que des procédures innovatrices trop spécifiques. En matière de soins de longue durée, que pensez-vous des critères des meilleures pratiques? (critères de qualité, importance accordée au patient, rapport efficacité-prix, etc.) Nous désirons connaître votre opinion.

Notre rapport final présentera une description accompagnée de renseignements et de coordonnées pour obtenir de plus amples informations sur chaque projet de recherche. Il comportera aussi une description des critères des meilleures pratiques des soins de longue durée aux aînés. Nous vous encourageons à partager votre expertise. Remplissez ce questionnaire avec vos collègues pour qu'aucun modèle ou programme innovateur ne soit laissé pour compte.

Prière de répondre aux questions suivantes. Expédiez ensuite le questionnaire à l'ACSSD, à l'attention de M^me^ Pamela Martin. Vous pouvez joindre à votre courrier tout autre document pertinent. Envoyez le tout par la poste ou par télécopieur. Si vous préférez recevoir le questionnaire par courrier électronique, prière de communiquer avec l'ACSSD. Si vous avez plus d'un programme, vous devez remplir un questionnaire pour chaque programme. Vous pouvez photocopier l'original de ce questionnaire selon vos besoins.

Nous vous remercions d'avance pour votre contribution à la réussite de cette enquête.

Aussi disponible en anglais.

QUESTIONNAIRE

1. **Votre organisme et les programmes de soins de longue durée qu'il dispense : nom, adresse postale, adresse électronique, numéros de téléphone et de télécopieur, nom de la personne-ressource.**

Organisme :_____

Personne-ressource responsable des programmes de soins de longue durée :

_____

Adresse :_____

_____

Téléphone : _____
Télécopieur : _____

Courrier électronique :_____

2. **Nom du programme de soins de longue durée aux aînés:**
_____

3. **Brève description du programme de soins de longue durée aux aînés :**

   A) **Date du début du programme :**_____

   B) **Objectifs :**_____

   _____

   C) **Population cible (âge, état civil, etc.) :**_____

   _____

   D) **Services offerts (nota : prière d'indiquer si les services sont disponibles en permanence ou de façon épisodique.) :**

   _____

E) **Sources de financement (ex. : patient-payeur / subventions gouvernementales) :**
_____

4. **Veuillez fournir des renseignements sur vos ressources et sur vos patients desservis par votre programme de soins de longue durée :**

   A) **Budget annuel alloué au programme :**_____

   B) **Nombre d'aînés bénéficiant du programme (période de 12 mois) :**

   _____

   _____

   _____

   _____

   _____

   C) **Ressources nécessaires pour dispenser le programme (personnel, équipement, etc.) :** _____

5. **Méthode utilisée pour déterminer le besoin d'un tel programme :**

   _____

   _____

6. **Description du modèle à la base du programme (philosophie, valeurs) :**

   _____

   _____

   _____

7. **Description de l'approche utilisée pour se conformer à la philosophie du programme (stratégies, organisation et structure) :**

_____

_____

_____

8. **Intervenants lors de la planification du programme :**

_____

_____

9. **L'élaboration du programme : réussites (implication patient/communauté, implication pluridisciplinaire/multisectorielle, façons créatives d'obtenir du financement, etc.) :**

_____

_____

_____

10. **L'élaboration du programme : difficultés (manque d'implication patient/communauté, manque de soutien d'autres organismes/secteurs, etc.) :**

_____

_____

_____

11. **L'exécution du programme : réussites (satisfaction du patient, économies d'argent, etc.)**

_____

_____

_____

_____

_____

12. **L'exécution du programme : difficultés (insatisfaction du patient, obstacles imprévus dans la mise en œuvre du programme, etc.) :**

_____

_____

_____

13. **Évaluation des résultats par rapport aux objectifs fixés par le programme :**

_____

_____

_____

_____

_____

14. **Participation des patients et de la communauté au développement continu du programme :**

_____

_____

15. **D'après votre expérience en soins de longue durée, quels seraient les critères clés des modèles de meilleures pratiques? Expliquez brièvement l'importance de chaque critère.**

_____

_____

_____

16. **Comment votre programme respecte-t-il les critères des modèles de « meilleures pratiques » en soins de longue durée?**

_____

_____

_____

_____

17. **Veuillez fournir toute documentation autorisée, concernant votre programme : évaluations passées, objectifs du programme, descriptions, etc.**

_____

_____

_____

Merci d'avoir rempli ce questionnaire. Prière de l'expédier avec tout autre matériel pertinent, par télécopieur ou par courrier à :

M^me^ Pamela Martin, agente des projets spéciaux
Association canadienne de soins et services à domicile,
17, rue York, bureau 401
OTTAWA (Ontario)
K1N 9J6
téléphone : (613) 569-1585
télécopieur : (613) 569-1604

II - LISTE DES RÉPONDANTS

Alberta

Allen Gray Continuing Care Centre
Daphne Daniels
7510 89 Street
Edmonton, AB T6C 3J8
Tél. : 403-469-9606 x 229

Barrhead Long Term Care Facility
Martha Winchell
5336-59 Avenue
Barrhead, AB
T7N 1L2
Tél. : 403-674-4506
Téléc. : 403-674-3003

Beverly Centre for Long Term Care
Sharon Cornick
1729 90th Avenue S.W.
Calgary, AB
Tél. : 403-253-8806
Téléc. : 403-252-7771

Carewest
Companion Care
Carole Marshall
1011 Centre Avenue West
Calgary, AB T2E 0A3
Tél. : 403-267-2972
Téléc. : 403-267-2995

Carewest
Supportive Pathways Program
Marlene Collins
6909-14 St. SW
Calgary, AB T2V 1P8
Tél. : 403-258-7661
Téléc. : 403-258-7676

Carewest Day Hospital
Ruthella Graham
6909-14 St. SW
Calgary, AB T2V 1P8
Tél. : 403-258-7659
Téléc. : 403-258-7681

Carewest, Glenmore Park
Denise Pacentrilli
6909-14 St. SW
Calgary, AB
Tél. : 403-258-7667
Téléc. : 403-258-7676

Carewest Planning Centre
Capable Seniors
Janet Feuchlowanger
Dr. Vernon Fanning Centre
722-16 Avenue NE
Calgary, AB T2E 6V7
Tél. : 403-267-2905
Téléc. : 403-230-6969

Carewest Regional Seating Services
Miriam Winstanley
722-16 Avenue NE
Calgary, AB T2E 6V7
Tél. : 403-230-6926
Téléc. : 403-230-6969

Cold Lake Health Centre
Lakeland Regional Health Authority
Linda Grant, Head Nurse/Heather
Armstrong, Coordinator
314-25 Street
Cold Lake, AB T9M 1G6
Tél. : 403-639-3322
Téléc. : 403-639-2255

Drumheller District Health Services
Kathy Augey
Box 4500
Drumheller, AB
Tél. : 403-820-7259
Téléc. : 403-823-5076

East Central Regional Health Authority 7
Home Care Program
Allison Lavers
4703-53 Street
Camrose, AB T4V 1Y8
Tél. : 403-679-2900
Téléc. : 403-679-2929

East Central Regional Health Authority 7
Provost Alternate Housing Project
Myrna Frizell, Community Health Coordinator
#22, 810-14th Avenue
Wainwright, AB T9W 1J7
Tél. : 403-842-4077
Téléc. : 403-842-3151

Extendicare, St. Paul
Steve Krim
4614-47 Avenue
St. Paul, AB T0A 3A3
Tél. : 403-645-3375
Téléc. : 403-645-4290

Father Lacombe Adult Day Support Program
Dijana Vidra
332-146 Avenue S.E.
Calgary, AB T2X 2A3
Tél. : 403-256-4641
Téléc. : 403-256-1669

Good Samaritan Society
4225-107 Street
Edmonton, AB T6J 2P1
Tél. : 403-436-2720
Téléc. : 403-438-2395

Good Samaritan Society
Dan Wold, Program Manager, Assisted Living Programs
Wedman House
10525-19 Avenue
Edmonton, AB T6J 6X9
Tél. : 403-431-3600
Téléc. : 403-431-3795

Innisfail Health Centre
Carole Sim
5023-42 Street
Innisfail, AB
Tél. : 403-227-7800
Téléc. : 403-227-4160

Mistahia Health Region
Betty McNaught
9728 Montrose Avenue
Grande Prairie, AB
Tél. : 403-538-3981
Téléc. : 403-532-2477

Newell Adult Support Program
Brooks Health Centre
Bag 300
Brooks, AB T1R 1B3
Tél. : 403-501-3278
Téléc. : 403-362-6039

Peace Health Region
Cheryl Bacon
Box 6178
Peace River, AB T8S 1S2
Tél. : 403-624-7260
Téléc. : 403-618-3405

Population Health, East Central Health Authority 7
Seniors Wellness
Sharon Leibel/Dawn Bailey
4615-56 Street
Camrose, AB T4V 4M5
Tél. : 403-679-2980
Téléc. : 403-679-2999

Red Deer Community Health Centre
David Thompson Health Region
Roy Koshy
Mental Health Consultant, Home Care
2845 Bremner Avenue
Red Deer, AB T4R 1S2
Tél. : 403-341-2130
Téléc. : 403-346-2610

Rosefield Centre
Ruth Hampton
5023-42 Street
Innisfail, AB T4G 1A9
Tél. : 403-227-6221
Téléc. : 403-227-7801

Two Hills Health Centre
Val Sebree
Box 160
Two Hills, AB T0B 4K0
Tél. : 403-657-3344
Téléc. : 403-657-2508

Two Hills Health Centre - Adult Day Support Program
Tammy Shapka
Box 160
Two Hills, AB T0B 4K0
Tél. : 403-657-3344
Téléc. : 403-657-2508

Wedman Village Homes
The Good Samaritan Society
Joyce Johnson, VP Continuing Care Services
200-9405-50 Street
Edmonton, AB T6B 2T4
Tél. : 403-431-3600
Téléc. : 403-431-3795

Colombie-Britannique

Broader Horizons
Nelson and Area Health Council
Mary Audin
905 Gordon Road
Nelson, BC V1G 3L8
Tél. : 250-352-2911
Téléc. : 250-352-7242

Capital Health Region
Susan Frizzell
841 Fairfield Road
Victoria, BC
Tél. : 250-413-2303
Téléc. : 250-361-2089

Capital Health Region, Aberdeen Hospital
Paul Bingham
Manager, Facility Placement and Coordination
1450 Hillside Avenue
Victoria, BC V8T 2B7
Tél. : 250-595-4321
Téléc. : 250-370-5612

Cariboo Health Continuing Care
Sue Graf
523 Front Street
Quesnel, BC
Tél. : 250-992-4360
Téléc. : 250-992-4152

Centennial Park Lodge
11861-99 Avenue
Surrey, BC V3V 2M3
Chilliwack Community Services
Lurline Ketler-Raposo
45938 Wellington Avenue
Chilliwack, BC V2P 2C7

Delta View Habilitation Centre
Jane Devji
9341 Burns Drive
Delta, BC V3W 3N3
Tél. : 604-596-8842
Téléc. : 604-596-8858

Durend Manor
Golden and District Health Council
Margaret Creighton
Box 1260
Golden, BC
Tél. : 250-344-2514
Téléc. : 250-344-2511

Family Care Home
Heather Benn
3704-1654 Street
Vernon, BC V1T 3X8
Tél. : 250-542-0758

Frazer Valley Health Region, Chilliwack General Hospital
Heritage Village
Lona Munck, Program Manager
7525 Topaz Drive
Chilliwack, BC V3R 3C9
Tél. : 604-858-1833
Téléc. : 604-824-1037

Hawthorne Care Centre
Shannon Trevor-Smith/Deb Sutherland
211 Hawthorne Care Centre
Port Coquitlam, BC V3C 1W3
Tél. : 604-941-4051
Téléc. : 604-941-5809

Inglewood Care Centre
Oriel Morrison/Hazel Jamieson
725 Inglewood Avenue
West Vancouver, BC V7T 1X5
Tél. : 604-922-9394
Téléc. : 604-922-2709

Kinsmen Retirement Centre
Pat Kasprow, Administrator
5410-10th Avenue
Delta, BC V4M 3X8
Tél. : 604-943-0155 x 301
Téléc. : 604-943-0947

May Bennett Home
Isabelle McCullock
965 Highway 33 West
Kelowna, BC V1X 1Y8
Tél. : 250-763-6277
Téléc. : 250-763-6262

Moberly Park Manor
Linda Nixon
711 West First Street
PO Box 1570
Revelstoke, BC
Tél. : 250-837-3147
Téléc. : 250-837-5720

McIntosh Lodge Care Facility Ltd.
Sandra A. Cuthbert
45586 McIntosh Drive
Chilliwack, BC V2P 7W8
Tél. : 604-795-2500
Téléc. : 604-795-5693

Mountain View Lodge
Castlegar and District Hospital
Linda Moorlag
Director of Patient Care Services
709-10th Street
Castlegar, BC VIN 2H7
Tél. : 250-365-7711
Téléc. : 250-365-2298

Mountain View Lodge
Marilyn Garcia
975 Murray Street
PO Box 717
Lillovet, BC
Tél. : 250-256-7854
Téléc. : 250-256-7134

Nelson and District Home Support
Mary Audin, Program Coordinator
Katie Hill, Volunteer Coordinator
905 Gordon Road
Nelson, BC V1G 3L8
Tél. : 250-352-2911
Téléc. : 250-352-7242

Noric House intermediate Care
Mary Napier
1400 Mission Road
Vernon, BC V1T 9C3
Tél. : 250-545-9167
Téléc. : 250-545-4980

Northcrest Care Centre
Mae Quon-Forsythe
6771-120th Street
Delta, BC V4E 2A7
Tél. : 604-597-7878
Téléc. : 604-597-7805

Okanagan Similkameen Health Region
Continuing Care
Alice Mah Wren
1340 Ellis Street
Kelowna, BC V1Y 9N1
Tél. : 250-868-7707
Téléc. : 250-868-7809

Parkholm Lodge
Virginia O'Brien
9090 Newman Road
Chilliwack, BC V2P 3Z8
Tél. : 604-792-7121
Téléc. : 604-792-0262

Parkholm Lodge Adult Day Care
Carolyn Fryling
9090 Newman Road
Chilliwack, BC V2P 3Z8
Tél. : 604-792-7121
Téléc. : 604-792-0262

Peace Lutheran Care Centre
Ruby Johnson
9907-110 Avenue
Fort St. John, BC V1J 2S9
Tél. : 250-785-8941
Téléc. : 250-785-2296

Pleasant View Housing Society
Judith Ray
7530 Hurd Street
Mission, BC V2V 3H9
Tél. : 604-826-2154
Téléc. : 604-826-8671

Rocky Mountain Lodge
Joan West
20-23rd Avenue South
Cranbrook, BC V1C 5V1
Tél. : 250-417-3503
Téléc. : 250-426-4817

Seniors' Therapeutic Activation Program
Joan West, Manager
20-23rd Avenue South
Cranbrook, BC V1C 5V1
Tél. : 250-417-3503
Téléc. : 250-406-4817

Slocan Community Hospital & Health Care Centre
Sue Davis
Box 129
New Denver, BC V0G 1S0
Tél. : 250-358-7787
Téléc. : 250-358-7117

Tabor Home Society
Jean Pearson
31944 Sunrise Crescent
Abbotsford, BC V2T 1N5
Tél. : 604-859-8715
Téléc. : 604-859-6695

Trillium Lodge
Isobel Gemmell
Station 4, 102 E. Island Highway
PO Box 940
Parksville, BC V9P 2G9
Tél. : 250-954-0596
Téléc. : 250-954-0594

Valley Home Support Society
Denise Moore
203-31549 South Frazer Way
Abbotsford, BC V2T 1T8
Tél. : 604-855-0776
Téléc. : 604-855-0779

Victoria Innovative Seniors Treatment Agency (VISTA)
Marilyn Wright, Program Coordinator
2251 Cadboro Bay Road
Victoria, BC
Tél. : 250-370-6638
Téléc. : 250-598-3486

Manitoba

Burntwood Regional Health Authority
Linda Sundevic
867 Thompson Drive South
Thompson, MB R8N 1Z4
Tél. : 204-677-7212
Téléc. : 204-677-6517

Churchill Regional Health Authority
Karen Rees
Town Complex
Churchill, MB R0B 0E0
Tél. : 204-675-8327
Téléc. : 204-675-2445

Gilbert Plains Health Centre
Joan Gryba
100 Cutforth Street
Box 368
Gilbert Plains, MB R0L 0X0
Tél. : 204-548-2161
Téléc. : 204-548-2516

Grandview Personal Care Home
Melodie Powell
Box 130, 308 Jackson Street
Grandview, MB R0L 0Y0
Tél. : 204-546-2769
Téléc. : 204-546-2207

Home Care Program
Isobel Salvail, Program Manager
Box 2560
Steinbach, MB R0A 2A0
Tél. : 204-326-1363
Téléc. : 204-326-6520

Interlake Regional Health Authority
Gerry Hamm
436-1st Avenue North
Stonewall, MB R0C 2Z0
Tél. : 204-467-5257
Téléc. : 204-467-5237

Lions Club of Winnipeg Housing Centres
Mary Janzen
320 Sherbrook Street
Winnipeg, MB R3B 2W6
Tél. : 204-784-1240
Téléc. : 204-784-1241

Nor-man Regional Health Association
Continuing Care
Genevieve Haitsma
Regional Coordinator
204-143 Main Street
Flin Flon, MB R8A 1K2
Tél. : 204-687-1752
Téléc. : 204-687-1662

Parkland Regional Health Authority
Ted Ems
Box 1028
Swan River, MB R0L 1Z0
Tél. : 204-734-6605
Téléc. : 204-734-5629

Riverview Health Centre
Pat Johnston
1 Morley Avenue
Winnipeg, MB R3L 2P4
Tél. : 204-478-6258
Téléc. : 204-284-9446

Ste. Rose General Hospital
Kathy McPhail
Box 60
Ste. Rose du lac, MB R0L 1S0
Tél. : 204-447-2131
Téléc. : 204-447-2250

Ten Ten Sinclair
Managing Director
Milton Sussman
1010 Sinclair Street
Winnipeg, MB R2V 3H7
Tél. : 204-339-9268
Téléc. : 204-663-1016

Nouveau-Brunswick

Centre de Bénévolat de la Péninsule Acadienne Inc.
Johanne Landry
Directrice
111, boul. Saint-Pierre Ouest
Caraquet, NB E1W 1B9
Tél. : 506-727-1860
Téléc. : 506-727-1867

Fredericton Mental Health Centre
Psychogeratric Team
John Harvey
Victoria Health Centre
65, rue Brunswick
Fredericton, NB
Tél. : 506-453-2131
Téléc. : 506-453-8766

Harvey Outreach for Seniors
Bev Weeka and Trudy Donahue
Harvey Station, NB E0H 1H0
Tél. : 506-366-3017
Téléc. : 506-366-2927

Kent Senior Home Care Inc.
Jacqueline Beck
P.O. Box 192
Rexton, NB E0A 2L0
Tél. : 506-558-4281
Téléc. : 506-876-8105

Le Havre Communautaire Inc.
Monette Richard
C.P. 118
Richiburte, NB E0A 2M0
Tél. : 506-523-6790
Téléc. : 506-523-1992

Maritime Riley Home Care Inc.
Linda Riley
1216 Sand Cove Road
Saint John, NB E2M 5V8
Tél. : 506-672-1943
Téléc. : 506-633-0168

McAdam Outreach for Seniors
Dottie Tracy
Wauklehegan Manor Inc.
McAdam, MB E0H 1K0
Tél. : 506-784-6308

Minto Services to Seniors, Inc.
Sharon Elliott-Thompson
P.O. Box 142
Minto, NB E0E 1J0
Tél. : 506-327-6406
Téléc. : 506-327-9017

New Brunswick Extra Mural Program
Sandra Tingley
Department of Health and Community Services
P.O. Box 5100 Carleton Place
Fredericton, NB E3B 5G8
Tél. : 506-444-4406
Téléc. : 506-453-2958

Plaster Rock Meals on Wheels/Outreach
Valorie Briggs
P.O. Box 594
Plaster Rock, NB E0J 1W0
Tél. : 506-356-8332
Téléc. : 506-356-6041

Queen's Central Community Board Services
Brenda Dykeman
Young's Cove Road, NB E0E 1S0
Tél. : 506-488-2599
Téléc. : 506-488-3037

V.O.N. Edmunston
Nicole Aube
55 Emmerson Street
Edmunston, NB E3V 1R9
Tél. : 506-739-6318
Téléc. : 506-739-8732

Terre-Neuve

Avalon Health Care Institutions Board
Gail Downing
86 Highroad South
Carbonear, NF A1Y 1A4
Tél. : 709-5596-2015
Téléc. : 709-945-5158

Health and Community Services - Central Region
Dennis Brothers
143 Bennet Drive
Gander, NF A1V 2E6
Tél. : 709-256-7969
Téléc. : 709-651-3556

Health and Community Services - Western Region
Lisa Hoddinott
PO Box 156
Corner Brook, NF A2H 6C7
Tél. : 709-637-5628
Téléc. : 709-637-5160

Health and Community Services - Eastern Region
Home Support to Seniors Program
E.E. Lundrigan
Assistant Executive Director, Community Health Client Services
PO Box 719
Bay Roberts, NF A0A 1G0
Tél. : 709-786-7919
Téléc. : 709-786-0058

Health and Community Services - St-John's Region
Ann Crowley
Continuing Care Manager
20 Cordage Place
St. John's, NF A1B 4A4
Tél. : 709-738-4927
Téléc. : 709-738-4832

Health Labrador Corporation
Theresa Dyson
Postal Station K
Happy Valley-Goose Bay
Labrador, NF A0P 1E0
Tél. : 709-896-2611
Téléc. : 709-896-5415

Territoires du Nord-Ouest

Baker Lake Hospice Society
Baker Lake, NWT X0C 0A0
Tél. : 867-793-2857
Téléc. : 867-793-2006

Department of Health and Social Services
Government of Northwest Territories
Dianne Mercredi, Consultant, Residential Care Mary Jane Stewart, Consultant, Home Care
Box 1320
Yellowknife, NT X1A 2L9
Tél. : 867-873-7925/7403
Téléc. : 867-873-7706

Nouvelle-Écosse

Cape Breton Community Housing Association
Joan Crawley
Executive Director
93 Byng Avenue
PO Box 1292
Sydney, NS B1P 6K3
Tél. : 902-539-0025
Téléc. : 902-562-5746

Nightingale Nursing Services
Geraldine Kempt
8 Edward Street
Dartmouth, NS B2Y 2P1
Tél. : 902-465-9777
Téléc. : 902-469-9250

Northwood Homecare Limited
Sherry Shortliffe
2615 Northwood Terrace
Halifax, NS B3K 3S5
Tél. : 902-425-2273
Téléc. : 902-421-6313

Scotia Nursing Homes Ltd.
Carol Bell/Sandra MacDonald
125 Knowles Crescent
Beaver Bank, NS B4G 1E7
Tél. : 902-865-6364
Téléc. : 902-865-3582

Shannex Health Care Management
M. Nette
6080 Young Street, Suite 602
Halifax, NS B3K 5L2
Tél. : 902-454-7499
Téléc. : 902-453-5412

Skyline Enterprises
Monika Wohlmuth
129 Scotia Terrace
Beaver Bank, NS B4G 1E7
Tél. : 902-865-3956
Téléc. : 902-865-3582

V.O.N. Truro Branch
Jane Simm
201 Willow Street
Truro, NS B2N 4Z9
Tél. : 902-893-3803
Téléc. : 902-895-6559

Ontario

CCAC for the District of Thunder Bay
Donna Choma
Program Coordinator
1139 Alloy Drive, Suite 216
Thunder Bay, ON P7B 6M8
Tél. : 807-345-7339
Téléc. : 807-345-8868

CCAC for the Eastern Counties
Denise Paquette
PO Box 329, Hwy 34 South
Alexandria, ON K0C 1A0
Tél. : 613-525-1213
Téléc. : 613-525-3534

CCAC of London and Middlesex
Frances Ellett
50 King Street, 3rd Floor
London, ON N6A 5L7
Tél. : 519-663-5332 x 2353
Téléc. : 519-432-1645

CCAC Niagara
Natalie Diduch
P.O. Box 215
St. Catharines, ON L2R 6S4
Tél. : 905-684-9441
Téléc. : 905-684-8463

CCAC of Peel
Val Hendrickson and Marilyn Highfield
2207 South Millway, Suite 202
Mississauga, ON L3R 3R6
Tél. : 905-608-1177
Téléc. : 905-820-3368

CCAC of Perth County
653 West Gore Street
Stratford, ON N5A 1L4
Tél. : 519-273-2222
Téléc. : 519-273-2847

CCAC in Renfrew County
Ann Lemke
7 International Drive
Pembroke, ON K0A 6W5
Tél. : 613-732-7007
Téléc. : 613-732-3522

CCAC Scarborough
Julie Foley
Executive Director
181-3050 Lawrence Avenue East
Scarborough, ON M1P 2V5
Tél. : 416-229-5814
Téléc. : 416-229-1274

CCAC of Waterloo Region
Kevin Mercer
Executive Director
Box 1612, 99 Regina St. South
Waterloo, ON N2J 4G6
Tél. : 519-883-2210
Téléc. : 519-883-2298

CCAC of York Region
Joan Philips
1100 Gorham Street, Unit 1
Newmarket, ON L3Y 7V1
Tél. : 905-895-1334 x 610
Téléc. : 905-853-6297

Centre for Activity and Aging
Nancy Ecclestone
University of Western Ontario
London, ON N6A 3K7
Tél. : 519-661-1603
Téléc. : 519-661-1612

Hair on Wheels Professional Hair Services
Diane Perkins
19-1404, avenue Rosenthal
Ottawa, ON K1Z 8H9
Tél. : 613-729-9212

Institute for Positive Health for Seniors, Inc.
Gabriel Blouin
43, rue Bruyère
Ottawa, ON K1N 5C8
Tél. : 613-562-6314
Téléc. : 613-562-6318

Sœurs de la Charité d'Ottawa Services
VON, Programmes ambulatoires et les équipes mobiles d'évaluation gériatiques
Barbara Schulman
43, rue Bruyère
Ottawa, ON K1N 5C8
Tél. : 613-562-6344
Téléc. : 613-562-4260

Ottawa Carleton CCAC
Christina Vocado Marchant
1223, rue Michael Nord, bureau 410
Gloucester, ON K1J 7T2
Tél. : 613-745-5525
Téléc. : 613-745-6984

Toronto CCAC
Anne Wotjak
Manager Acquired Brain Injury/Strategic Planner
250 Dundas Street West, Ground Floor, Unit 5
Toronto, ON M5T 2Z2
Tél. : 416-229-1011 x 2502
Téléc. : 416-506-9442

West Parry Sound CCAC
D. Kernahan
50B Seguin Street
Parry Sound, ON P2A 1B4
Tél. : 705-746-9352
Téléc. : 705-746-4812

VHA Health and Home Support Services
Susan Hall
393 Rynall Road West
Suite 302
Hamilton, ON L9B 1V2
Tél. : 905-389-1970
Téléc. : 905-389-2449

Île-du-Prince-Édouard

Corrigan Lodge, Inc.
Noreen Corrigan
28 Hemlock Cr.
Sherwood, PE C1A 8E3
Tél. : 902-894-7837

Home Care/Long-Term Care
PEI Health and Community Services Agency
Betty McNab
Consultant
16 Garfield Street, P.O. Box 2000
Charlottetown, PE C1A 7N8
Tél. : 902-368-6130
Téléc. : 902-368-6136

Southern King's Health Region
Sandy McLean
PO Box 820
Montague, PE C0A 1R0
Tél. : 902-838-0950
Téléc. : 902-838-0774

Québec

Centre de jour Henri Bradet
Mona Beck
6465, avenue Chester
Montreal, QC H4V 2Z8
Tél. : 514-483-1380
Téléc. : 514-483-4596

CLSC-CHSLD des Maskoutains
Carmen Messier
2650, rue Morin
Saint-Hyacinthe, QC J2S 8H1
Tél. : 514-778-2572
Téléc. : 514-778-1799

CLSC Frontenac
Georges Rouleau
17, rue Notre-Dame Sud
Thetford Mines, QC G5G 1J1
Tél. : 418-338-3511
Téléc. : 418-338-1668

CLSC de Matane
Micheline Lavoie
349 Saint-Jérome
Matane, QC G4W 4G2
Tél. : 418-562-5741
Téléc. : 418-562-9236

CLSC-CHSLD du Marigot
Jean-Pierre Fraser
1351, boul. Des Laurentides
Laval, QC H7M 2Y2
Tél. : 514-668-1804 x 220
Téléc. : 514-668-4988

CLSC NDG/Montréal-Ouest
Roz Shrier
2525, boul. Cavendish
Bureau 285
Montréal, QC
Tél. : 514-485-7811
Téléc. : 514-485-6406

CLSC Pierrefonds
Hélène St. Marseille
3675, boul. Des Sources
Bureau 201
Dollard-des-Ormeaux, QC H9B 2K4
Tél. : 514-626-2572
Téléc. : 514-684-5492

CLSC Sainte-Foy-Sillery
Louisette Truchon
3108, chemin Sainte-Foy
Sainte-Foy, QC G1X 1P8
Tél. : 418-651-2572
Téléc. : 418-651-5192

CLSC Samuel-de-Champlain
Madeleine Chevrier
5811, boul. Taschereau, bureau 100
Brossard, QC J4Z 1A5
Tél. : 514-445-4452
Téléc. : 514-445-5535

Saskatchewan

Anderson Lodge
Karen Delong
150 Independent Street
Yorkton, SK
Tél. : 306-786-0731
Téléc. : 306-786-0726

Battlefords Health District
Cathy Barnardo
Acting Director of Continuing Care
1092-107 Street
North Battleford, SK S9A 1Z1
Tél. : 306-446-6591
Téléc. : 306-446-4114

East Central Health District
Ken Wersch
Vice President, Seniors Health and Continuing Care
P.O. Box 5027
Yorkton, SK S3N 3Z4
Tél. : 306-786-0104
Téléc. : 306-786-0151

Fort Qu'Appelle Indian Hospital Inc.
Box 300
Fort Qu'Appelle, SK S0G 1S0
Tél. : 306-332-5611
Téléc. : 306-332-5033

Parkland Health District
Linda Berg
P.O. Box 427
Spiritwood, SK S0J 2M0
Tél. : 306-883-4258
Téléc. : 306-883-3300

Pipestone Health District
Box 970
Grenfell, SK S0G 2B0
Tél. : 306-697-4000
Téléc. : 306-697-2686

Saskatchewan Health
District Programs Division
Community Care Branch, Program Support
Roger Carriere, Director
3475 Albert Street
Regina, SK S4S 6X6
Tél. : 306-787-5020
Téléc. : 306-787-7095

Yukon

Yukon Territorial Government
Department of Health and Social Services
Kathryn Secord
H4B, Box 2703
Whitehorse, YK Y1A 2C6
Tél. : 867-667-3607
Téléc. : 867-393-6328